

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1970

N°
463

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Georges THUILLEUX

né le 29 Octobre 1940 au Pecq (Yvelines)

Interne des Hôpitaux de Paris

N° 4.802 K

Présentée et soutenue publiquement le

FISTULES ENTÉRO-CUTANÉES POST-OPÉRATOIRES DUODÉNALES EXCLUES : ETUDE DE 50 CAS

Président : Monsieur Jean LOYGUE, Professeur

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1970

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Georges THUILLEUX

né le 29 Octobre 1940 au Pecq (Yvelines)

Interne des Hôpitaux de Paris

N° 4.802 K

Présentée et soutenue publiquement le

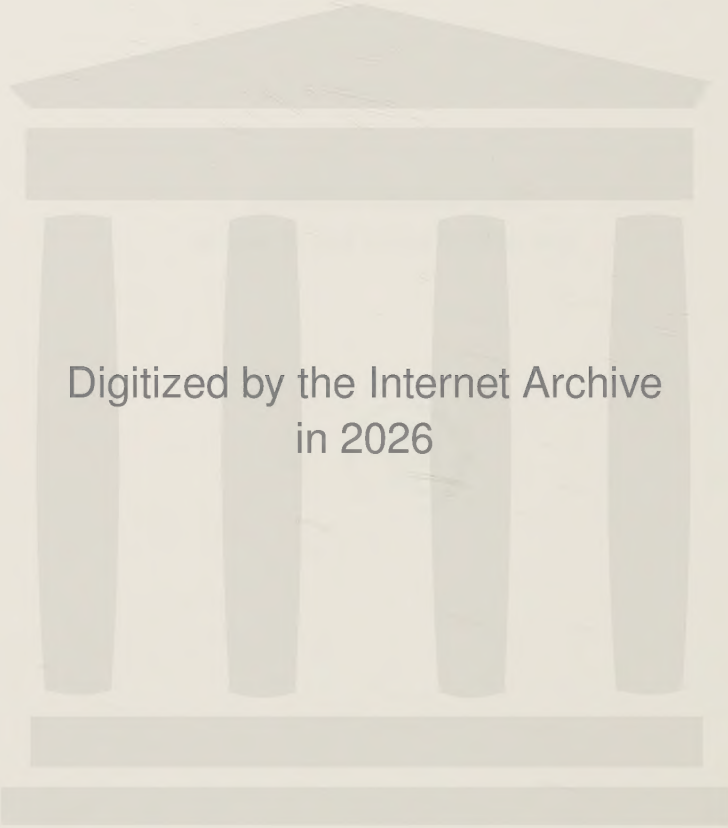
FISTULES ENTÉRO-CUTANÉES POST-OPÉRATOIRES DUODÉNALES EXCLUES : ETUDE DE 50 CAS

Président : Monsieur Jean LOYGUE, Professeur



A la mémoire d'Anita
que nous n'avons pas su sauver





Digitized by the Internet Archive
in 2026

A mon Grand Père,

A mes tantes, qui ont toujours su se sacrifier pour moi

A ma femme, à mon fils

avec toute mon affection

A mon maître le Doyen Jean LOYGUE :

Les deux années inoubliables passées dans son service à Rothschild m'ont permis d'apprécier la rigueur de son enseignement et ses qualités exceptionnelles de chirurgien.

Il a bien voulu accepter la présidence de cette thèse. Qu'il trouve ici l'expression de ma reconnaissance.

Au docteur Etienne LEVY, maître de recherches à l'INSERM.

Sa science profondément humaine, son inlassable dévouement ont su mener à bien la réanimation si complexe de tous les cas rapportés ici.

Je ne saurais assez le remercier pour la bienveillante compréhension avec laquelle il m'a prodigué ses conseils dans la rédaction de ce travail.

Au Professeur Agrégé Michel MALAFOSSE :

La clarté et la précision de sa technique opératoire, sa rude mais souriante bonté resteront pour moi un merveilleux souvenir.

A mon Maître, le Professeur Paul Louis CHIGOT :

Sa souriante bonhomie, ses qualités d'enseignant resteront pour moi un modèle. Il a su me donner le goût de cette chirurgie si particulière qu'est la chirurgie infantile.

Qu'il trouve ici l'expression de ma sincère admiration.

A mon Maître, le Professeur Paul PADOVANI :

Il m'a appris à préférer la voie du bon sens au dogmatisme et aux querelles d'écoles.

Sa profonde sagesse et sa rare courtoisie demeureront pour moi un exemple.

A mes Maîtres à l'Externat et à l'Internat :

MM. les Professeurs :

- R. BASTIN
- M. CONTE
- J. LENEGRE
- P. MILLIEZ
- J. PATEL (in memoriam)

MM. les Professeurs Agrégés :

- H. CARLIOZ
- J.M. CORMIER
- J. LATASTE
- A. MOULONGUET

MM. les Docteurs :

- BENDA (in memoriam)
 - VERLIAC
- Médecins des Hôpitaux

MM. les Docteurs :

- Cl. CEDARD
- F. FRANCHÉL (in memoriam)
- J.J. RAINAUT
- J. VERGES
- A. VUILLIEME

MATERIEL D'ETUDE

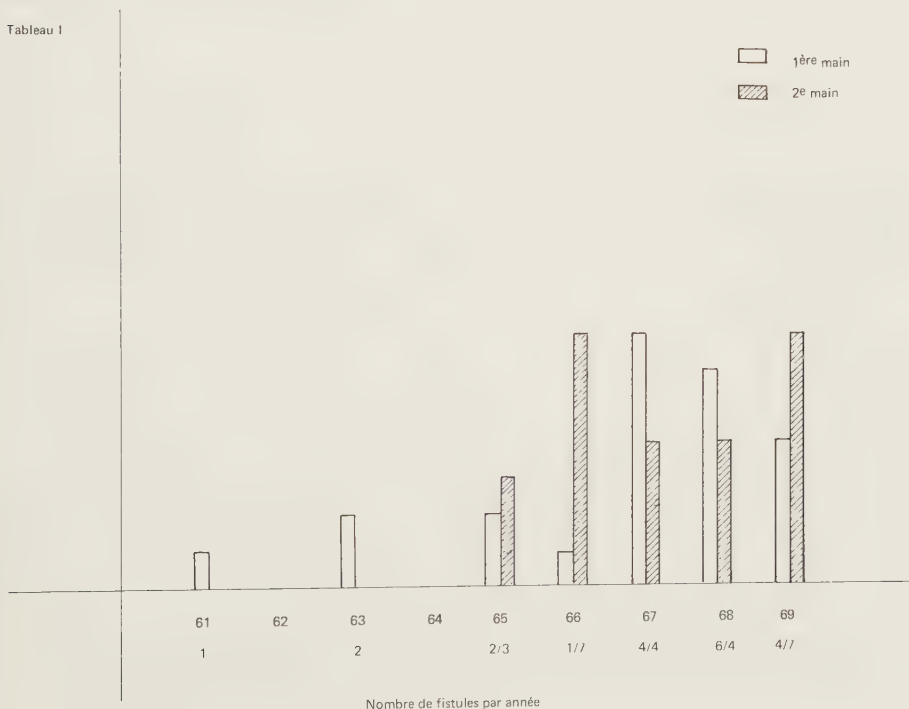
Notre thèse repose sur l'étude de 50 fistules observées chez 46 malades du service de notre maître, le Doyen Jean LOYGUE à l'hôpital Rothschild, de 1961 à 1969.

La répartition des fistules par année (tableau I) montre une augmentation relative du nombre des fistules. Outre les difficultés de retrouver certains vieux dossiers, cette augmentation apparente semble liée à 2 faits :

— d'une part l'augmentation du nombre d'interventions graves pratiquées dans le service.

d'autre part le nombre croissant de fistules de seconde main, qui nous sont confiées d'un peu partout, de Paris ou d'ailleurs, puisque nous avons eu à traiter 26 malades de 2^e main, contre 20 de 1^{ère} main.

Tableau I



La fréquence d'apparition de nos fistules s'élève à environ 2 pour 1000 interventions de chirurgie digestive.

43 malades ont eu une seule fistule, même si celle-ci avait plusieurs points de départ, ou plusieurs orifices fistuleux.

Mais 3 malades ont eu, successivement, plusieurs fistules, portant sur des segments de Tube Digestif antérieurement sain. Deux malades ont ainsi souffert successivement de 2 fistules et ont guéri. Une enfin a présenté 3 fistules et est morte quelques jours après l'apparition de la 3^e. Son calvaire a duré plus d'un an et demi.

Voici nos 46 observations :

OBSERVATION N° 1

A... François - 64 ans -

Carcinome épidermoïde infiltrant de la vessie découvert en février 1966.

— Le 10 mars, urétérostomie cutanée transiléale. Puis irradiation à l'Institut G. Roussy : 1700 rad. par Bétatron en 48 heures, 2 séances.

— Le 7 avril, prostatocystectomie totale.

— Suites d'abord simples, puis apparition au 7^e jour d'un écoulement digestif dans le drain de Fullerton.

— L'apparition précoce du Bleu de méthylène (1 h 30), l'activité trypsique élevée (1/320) signent la fistule du grêle. Une tentative de fistulographie ne montre rien. Le malade est alors envoyé à Rothschild le 4^e jour de sa fistule.

A l'entrée :

Malade asthénique, anorectique, et très amaigri (48 kg 500).

Paroi abdominale souple, petite déhiscence sous-ombilicale sans écoulement. Liquide fécaloïde par le drain dont l'abondance n'a malheureusement pas été notée.

Le transit s'effectue à peu près normalement par l'anus physiologique. L'urétérostomie fonctionne bien.

Biologiquement existe une hyperleucocytose modérée. Le taux de protides est normal (79 g). Le cholestérol un peu bas (1,60 g).

Sous traitement médical l'évolution est spontanément bonne en quelques jours, le drain périnéal tombe au 11^e jour. Le malade sera renvoyé dans son service d'origine au 17^e jour.

OBSERVATION N° 2

B... Pierre - 60 ans -

Malade ayant subi deux interventions en 1963 et 1966 pour cancer colique gauche et porteur d'une colostomie iliaque gauche.

Admis en urgence à Rothschild le 15 février 1967 pour une occlusion du grêle évoluant depuis plusieurs jours. Intervention après une brève réanimation : " Médiane itérative. Nombreuses adhérences très serrées que l'on doit d'abord libérer pour connaître l'origine de ce syndrome occlusif. La tumeur rectale est à peine perceptible ; il n'y a pas de métastase hépatique ni péritonéale. On finit par découvrir un volvulus partiel d'une anse grêle qui s'est produit à travers une brèche du mésosigmoïde. Grosse dilatation en amont. La résection n'est pas nécessaire. Libération et fermeture de la brèche. On termine par une plicature mésentérique. "

Suites opératoires difficiles : malade subfébrile, l'aspiration gastrique est très abondante, la diurèse est correcte. Le transit reprend par la colostomie au 5^e jour.

Biologiquement, hyperazotémie transitoire, hyperleucocytose croissante, atteignant 20.000 G.B. le 6^e jour.

Le 7^e jour, apparition d'un abcès iliaque droit qui est incisé et drainé par lame. En même temps se déclare une fistule du grêle par la médiane, qui va d'emblée être très abondante, jusqu'à 1,5 l./j.

Biologiquement hypoprotidémie à 55 gr., hypocholestérolémie à 1,55 g, hyperbilirubinémie à 19 mg.

Mise en route d'un traitement associant perfusion-irrigation d'acide lactique, serum antigangréneux, et réanimation.

Evolution favorable en 8 jours, la lame pourra être enlevée le 6^e jour, la sonde d'aspiration gastrique le 10^e.

Suite à distance hélas marquée par l'évolution galopante d'une carcinose péritonéale avec envahissement sacré. Le malade mourra le 21 juin sans que la fistule se soit jamais rouverte malgré des épisodes occlusifs à répétition.

OBSERVATION N° 3

B... Marie - 67 ans -

Le 12 juillet 1968, intervention en urgence pour sigmoïdite perforée : colostomie de proche amont et drainage.

Suites opératoires fébriles, extériorisation d'un abcès autour de la colostomie.

Réintervention le 30 septembre : intervention de Hartmann, drainage par Mickulicz. Suites fébriles, apparition d'une fistule stercorale par la médiane le 11^e jour.

Biologiquement, hypoprotidémie à 64 g., Cholestérol à 1,70 g, taux de prothrombine, 69 %, prélèvement : *Proteus*. Mise en route au 3^e jour d'une irrigation d'acide lactique et d'une réanimation médicale complète. Fièvre oscillante pendant 3 mois avec diarrhée, apparition d'une anémie nécessitant des transfusions de sang répétées et un traitement continu de vitamine B12. Les perturbations biologiques s'aggravent tout d'abord avec apparition d'une hyperazotémie modérée tandis que le taux de protides et de cholestérol va stagner autour de 13 Meq et de 1,25 g.

La diarrhée est liée à une fistule entéro-rectale.

Intervention le 3 janvier 1969 pour abcès autour de la colostomie par un abord sus et rétroiliaque gauche. Refixation du colon. Drainage. Gentalline post-opératoire. Pas de modification des 2 fistules.

Sortie au 180^e jour. Réadmise le 4 juin 1969 avec 4 fistules au lieu de deux, une médiane, deux de l'hypocondre gauche et une de la fosse iliaque gauche. Abondance de l'écoulement de 300 cc³ à 1 l.

Biologiquement, hyperazotémie modérée à 0,62 g. ; protides 58 g ; cholestérol 1,20 g. Prélèvement de la fistule : *pyocyanique*. Remise en route de l'irrigation lactique.

Pendant tout le mois de juillet, l'abondance de la fistule va rester la même. Le 15 août, devant l'amaigrissement croissant, on se résout à nourrir la malade par intubation gastrique et alimentation mécanique. D'août à octobre on va assister à une lente amélioration de l'état général, tant clinique que biologique, avec une prise de poids de 6 kg.

Intervention le 15 octobre :

"Double fistule iléale et sigmoïdienne. Résection iléale, colectomie gauche, colostomie transverse droite. Plicature mésentérique."

Traitement post-opératoire : gentalline et kanamycine.

Suites simples sur le plan chirurgical. Reprise du transit au 5^e jour, mais un état subfébrile incite à poursuivre le traitement antibiotique.

Le 15^e jour, apparition brutale d'une surdité bilatérale, probablement liée à la prise trop prolongée des antibiotiques.

Sortie autorisée 6 semaines après la dernière intervention.

La malade retourne chez elle guérie de sa fistule, mais porteuse d'un anus transverse droit et sourde.

OBSERVATION N° 4

B... Jean - 55 ans -

24 mai 1967 : gastrectomie des 2/3 Finsterer pour un ulcère pylorique.

Le 25 septembre 1969, syndrome douloureux épigastrique brutal imposant la réintervention :

- pancréatite aigüe
- libération de plusieurs anses grêles
- présence de taches de bougies sur les mésos
- après vérification de la bonne perméabilité de l'anastomose gastro-jejunale, fermeture sans drainage et mise au traitement médical.

Désunion pariétale et fistule au 8^e jour, fistule qui va être considérée comme une fistule pancréatique : traitement médical habituel.

Evolution marquée par un épisode subocclusif traité médicalement et un diabète rattaché à la pancréatite. Fermeture de la fistule au 25^e jour. Sortie au 60^e jour.

Réadmis le 3 janvier 1968 pour un nouvel écoulement par la médiane : écoulement de 200 cc environ, transit du bleu de méthylène : 30 mn.

Remise en route du traitement médical : irrigation acide lactique et tentative de suture cutanée a minima. Réapparition de la fistule 2 jours plus tard. L'état général étant bien conservé, on intervient le 16 janvier par médiane.

- il s'agit non d'une fistule pancréatique, mais d'une fistule jejunale haute.
- résection de l'anse fistulisée.
- plicature mésentérique.

Suites opératoires très simples, reprise du transit au 4^e jour. Pas de récurrence de la fistule. Revu un an plus tard en parfait état général.

OBSERVATION N° 5

B... Denise - 42 ans -

Opérée le 16 novembre 1964 dans un hôpital de province pour fibrome utérin : hystérectomie sub totale. Il a fallu libérer de nombreuses adhérences entre le grêle et la vessie.

Réintervention le 18^e jour pour occlusion sur bride. Une anse se déchire en la libérant : résection limitée.

Dans les suites apparaît par la médiane une fistule du grêle qui se ferme spontanément en quelques jours, mais l'état abdominal reste inquiétant. Le 26 décembre, soit 22 jours après la 2^e intervention, la malade est mise au propidon pour une " collection pelvienne ". Réinstallation massive de la fistule et arrêt du transit. On met alors en place un cathéter jugulaire pour permettre une réanimation veineuse stricte avec suspension totale des apports oraux.

L'écoulement va d'abord diminuer pendant 48 heures, puis une nouvelle débâcle survient mais le transit reprend.

La malade est alors adressée à Rothschild le 13 janvier.

A l'entrée :

Malade amaigrie, fébrile : 38-39°. Tension artérielle 9/5. Abdomen plat non douloureux. Fistule médiane donnant peu.

Biologiquement, cholestérol et protides un peu abaissés, bilirubine 26 mg ; hyperleucocytose modérée.

Traitement : réanimation et réalimentation. L'ablation du cathéter à la 48^e heure va entraîner la chute thermique.

La fistule se ferme en 48 heures. Un transit du grêle est normal.

Sortie le 21^e jour avec un gain de poids de plus de 6 kg.

OBSERVATION N° 6

B... Madeleine - 72 ans -

Lésion recto-sigmoïdienne découverte à l'occasion du bilan d'une anémie. Opérée à Rothschild le 19 janvier 1965 après préparation colique normale.

CRO : Barraya. Le foie présente de nombreux nodules suspects en regard du bord antérieur. La tumeur est énorme, bas située, une anse grêle est venue s'y accoler. En la libérant on découvre un abcès qui est limité par la tumeur et la paroi colique. Toute exérèse paraît impossible. Dès lors on fait une colostomie de proche amont iliaque gauche et on place un Mickulicz au niveau du foyer tumoral.

Suites opératoires difficiles : reprise du transit au 5^e jour. Apparition rapide des matières par le Mickulicz. Ablation des mèches au 8^e jour.

Biologiquement, anémie, hyperleucocytose, pas de modification des autres constantes biologiques.

Malgré une réanimation intensive, l'état général ne cesse de décliner. La fistule ne se tarit pas et la malade meurt le 4 mars 1965.

OBSERVATION N° 7

B... Reine - 71 ans -

14 mai 1965 : tableau d'appendicite aiguë. Intervention : il existe un abcès mésocœliaque sur lequel est collée une anse grêle. Appendicectomie, résection du grêle et drainage par lame.

Suites opératoires troublées par l'apparition d'une fistule ; réintervention le 27 juin 1965 ; drainage d'un abcès intra-péritonéal et mise en place d'une sonde de Pezzer dans la fistule.

La malade est adressée à Rothschild le 15^e jour, fébrile, présentant un épanchement de liquide d'aspect iléal de 1 litre environ par jour. Mise en place d'un système de perfusion, irrigation d'acide lactique qui entraîne la fermeture de la fistule en trois semaines environ. La malade sort du service début septembre.

Elle est revue en consultation 6 mois plus tard, apyrétique, ayant repris 9 kg, mais présentant une nouvelle fistule d'écoulement peu abondant pyostercoral.

Réadmission. Intervention le 19 janvier 1966.

- Il existe une éventration et une fistule à point de départ sigmoïdien.
- Colectomie gauche idéale. Fermeture pariétale par l'intermédiaire d'une plaque de peau au cialit.

Suites opératoires simples, reprise du transit au 3^e jour. La fistule est définitivement fermée. En revanche, l'éventration va persister, sans qu'il soit jugé utile de réintervenir.

OBSERVATION N° 8

C... Jean - 44 ans -

21 septembre 1963 : iléotransversostomie pour cancer caecal occlusif.

28 octobre 1963 : iléocoliectomie droite et curage ganglionnaire. Radiothérapie post-opératoire : 4000 r.

1^{er} février 1965 : syndrome occlusif : 3^e intervention : anastomose iléotransverse latéro-latérale.

14 mars 1967 : apparition d'un abcès iliaque droit qui est incisé et drainé.

16 septembre 1967 : induration pariétale : apparition d'une fistule pyostercorale.

9 octobre 1968 : soit un an après l'apparition de la fistule, le malade arrive à Rothschild.

A l'entrée, malade très amaigri, ayant perdu 12 kg ; subfébrile ; il existe deux fistules de la fosse iliaque droite, l'une uniquement purulente, l'autre de liquide iléal.

Traitement médical énergique pendant une semaine. Intervention le 25 octobre :

- anastomose latéro-latérale iléotransverse intacte
- anastomose iléocolique droite fistulisée avec un gros placard inflammatoire
- iléocoliectomie droite avec anastomose termino-terminale.

Suites opératoires simples : reprise du transit le 3^e jour, disparition de l'écoulement au 10^e jour, sortie au 14^e jour.

Revu 9 mois plus tard, ayant repris 12 kg ; en excellent état général.

OBSERVATION N° 9

C... Louis - 39 ans -

En septembre 1962, péritonite aiguë par perforation sigmoïdienne : anus iliaque + drainage. Suites simples. Traitement médical poursuivi pendant 5 mois.

En mars 1963, fermeture de la colostomie sans toucher au grêle, sur un colon amélioré : occlusion post-opératoire. Au 7^e jour, un lavement baryté malencontreux montre une fuite au niveau de l'anastomose : 2^e réintervention. Baryte dans tout l'abdomen. Iléostomie à la Witzel sur une anse suspecte. Suites très difficiles : hématoméso au 3^e jour, puis fistule du grêle et éviscération.

Le malade entre à Rothschild le 5 avril 1963, soit au 13^e jour de sa fistule. L'état général est médiocre ; il s'agit en fait d'une péritonite ouverte avec une fistule iléale et une désunion colique complète ; pas de transit par voie basse. Biologiquement, on note essentiellement une hyperazotémie, une hyperleucocytose à 20.000 blancs, un taux de prothrombine à 22 % spontanément.

Le traitement est mis en route immédiatement.

Mais l'évolution est rapidement grave, le transit au bleu de méthylène est de 4 minutes. Le malade vomit encore du sang, l'intervention est décidée en désespoir de cause le 10 avril 1963 : C.R.O.

- Désunion colique complète : résection et Hartmann
- Anse grêle polyfistulisée au milieu du grêle : résection de 15 cm
- Jéjunostomie
- Cholécystostomie
- Trachéotomie
- Estomac macroscopiquement normal.

Suites opératoires périlleuses : mise sous Engström et réanimation +++

Reprise du transit au 4^e jour, mais récurrence de la fistule au 8^e : le bleu de méthylène introduit par jéjunostomie ressort en 5 minutes. On reprend les irrigations lactiques sur la médiane.

Au 10^e jour, 3 hématoméses : gastrostomie pour mise en place d'une sonde de réfrigération gastrique. Réfrigération poursuivie 6 jours. Tardissement rapide de l'écoulement fistuleux. Transformation de l'état général à partir du 16^e jour. 1^{er} lever le 9 mai (30^e jour).

Ce malade peut donc être considéré comme guéri de ses fistules, mais il gardait un anus iliaque et une éviscération qui nécessiteront deux interventions en 1965 et 1966.

OBSERVATION N° 10

C... Edouard - 51 ans -

Sujet ayant séjourné de nombreuses années en Extrême-Orient où il contracte une amibiase. Après de longues années de troubles colitiques se constitue une fistule colovésicale pour laquelle il est admis à Rothschild le 31 juillet 1965.

— **1^{ère} intervention** le 3 août 1965 : “ colostomie iliaque gauche ”
Suites simples.

— **2^e intervention** le 1^{er} octobre : “ Barraya, libération première de la colostomie, tumeur inflammatoire recto-sigmoïdienne englobant la vessie et la dernière anse grêle. Libération de celle-ci puis séparation de la vessie. On parvient peu à peu à libérer le recto-sigmoïde et à dégager un segment intestinal à paroi souple. Abaissement de l'angle gauche et anastomose colo-rectale en un plan. Péritonisation sur 2 Redons ”.

Pièce : sigmoïdite diverticulaire sans signe de malignité.

Suites opératoires difficiles : fièvre modérée, reprise du transit laborieuse. Mise en aspiration digestive au 5^e jour : 1200 ml.

— **Réintervention au 8^e jour** pour occlusion persistante. “ Reprise de l'incision dans sa totalité. Distension du grêle. Une anse iléale est collée au fond du pelvis au contact d'un petit hématome plus ou moins infecté au voisinage de l'anastomose. Cette dernière a bon aspect. Libération de l'anse bloquée. Ponction du grêle en amont. Antibiotiques et cortisone in situ. Paroi en un plan ”.

Traitement post-opératoire : antibiotiques pendant 10 jours, aspiration digestive.

Suites opératoires compliquées par une suppuration pariétale à *Escherichia intermedium*. Fièvre oscillante, amaigrissement de 12 kg. Pendant 15 jours tous les examens pratiqués pour découvrir l'étiologie de cette fièvre : hémoculture, goutte épaisse culot urinaire, radiographie pulmonaire- seront négatifs ; en désespoir de cause, le malade est remis aux antibiotiques et à la quinine.

Le 2 novembre - 25^e jour - apparition d'une fistule stercorale par l'ancien orifice de colostomie.

Biologiquement, l'hyperleucocytose décroît progressivement.

La fièvre qui était tombée à l'apparition de la fistule se rallume à partir du 7 novembre sous forme d'accès fébriles pseudo-palustres. Le malade va maigrir jusqu'à peser 48 kg. A partir du 13 novembre, grâce à la mise sous alimentation mécanique, amélioration progressive.

Sortie quelques jours fin novembre. Il revient le 1^{er} décembre, fébrile, avec une nouvelle fistule colo-vésicale.

— **4^e intervention le 1^{er} décembre** : colostomie transverse droite. Mise en route le lendemain d'une irrigation par la colostomie et par la fistule. Au 6^e jour, disparition des clochers fébriles et tarissement progressif de la fistule.

Le malade sort le 11 décembre 1965. Il revient le 2 avril à la suite d'évacuation de selles par les voies naturelles. En même temps sont réapparues la fistule colo-vésicale et la fistule stercorale cutanée.

— **5^e intervention le 8 avril 1966** : "Extériorisation de la colostomie et maintien en place par un double tube de caoutchouc. Suites simples. Fermeture définitive de la fistule en juillet."

— **6^e intervention en octobre 1967** : tentative de fermeture de la colostomie : le 21 octobre, intervention de Duhamel sur un colon pas très bien vascularisé.

— **Réintervention à la 48^e heure** pour péritonite : "sphacèle de l'intestin abaissé. Anses grêles dilatées. Pus dans toute la gouttière pariéto-colique gauche. Vidange des anses grêles par ponction. On extrait le colon du petit bassin et l'on s'aperçoit alors que l'ampoule est nécrosée.

La paroi postérieure du rectum est fendue sur toute sa longueur pour permettre la mise en place d'un sac de Mickulicz qui sort par le périnée. Colostomie iliaque gauche. Paroi au crin."

Suites opératoires de cette 7^e intervention marquées par des problèmes urinaires et un abcès périnal.

Le malade sort du service fin novembre.

Réadmis le 30 janvier 1970 pour fermeture d'une des deux colostomies et cure d'une éventration au pourtour de la colostomie iliaque gauche. Préparation colique habituelle.

— **8^e intervention le 3 février 1970** : "Cure de l'éventration autour de la colostomie iliaque gauche. L'orifice n'est pas très large, et après avoir réintégré les viscères, on peut la fermer par quelques points de catgut et fixer l'intestin. Fermeture de la colostomie transverse".

Suites opératoires mouvementées. Reprise du transit précoce au 2^e jour sous forme d'une diarrhée. Au 3^e jour, arrêt des matières et des gaz, vomissements, météorisme et deshydratation. Le malade est alors mis en aspiration digestive et réanimation. Au 6^e jour, nécrose cutanée au niveau de l'ancien orifice de colostomie transverse. 2 jours plus tard, apparition de matières par le même orifice. Mais le transit reprend également par la colostomie iliaque gauche. On se contente de mettre une

poche sur la fistule et l'on prescrit un traitement anti-diarrhéique comprenant Ganidan, Alunozal, Diarsed et Lyobifidus. L'écoulement fistuleux va diminuer progressivement pour se tarir le 24 février.

Durée totale de l'hospitalisation : 190 jours en 8 fois.

OBSERVATION N° 11

C... Jeanne - 69 ans -

A l'âge de 13 ans, colectomie droite limitée pour tuberculose iléocaecale. Suites simples.

Douleurs diverses de la fosse iliaque droite à partir de 1943. Une cholécystectomie en 1952 n'arrange rien. En 1962, soit 55 ans après la première intervention, épisode douloureux et fébrile avec diarrhée. Constitution d'une fistule spontanée de la fosse iliaque droite. Pendant un an, la fistule va persister sans troubles du transit, sans douleur et sans fièvre. Des examens radiologiques éliminent un Crohn ou une récurrence tuberculeuse, mais mettent en évidence un fécalome calcifié de la fosse iliaque droite.

A l'entrée :

Petite fistule sur l'ancienne cicatrice ; écoulement minime fait de quelques matières.

Biologiquement on note comme seule anomalie une éosinophilie importante à 22 %, sans retentissement de la fistule.

Intervention après préparation colique habituelle : " Fécalome dans le cul-de-sac d'une anastomose termino-latérale. Dilatation du grêle. Résection iléocolique droite. Excision du trajet fistuleux au bistouri électrique. Une lame de drainage ".

L'examen histologique de la pièce ne montre aucune lésion spécifique.

Suites opératoires fébriles : petit abcès de paroi ; écoulement de pus modéré par la fistule pendant 15 jours. Diarrhée à staphylocoque pathogène au 10^e jour, traitée avec succès par colimycine et tétracycline.

Sortie au 32^e jour.

OBSERVATION N° 12

C... Marie - 79 ans -

Occlusion intestinale aiguë le 18 juillet 1966 : volvulus de l'angle droit : détorsion et caecostomie. De juillet à novembre 1966, la malade va subir 5 interventions successives pour tenter de fermer la fistule caecale.

En juillet 1967 apparaît un prolapsus de cette fistule labiée. La malade consulte alors à Rothschild où elle entre le 18 juillet, soit un an après la 1^{ère} intervention. Etat clinique et biologique satisfaisant.

Intervention le 1^{er} août après préparation colique habituelle : " Libération de l'incision inguinale et de la fistule qui siège sur le caecum. Résection iléocolique droite avec anastomose iléo-sous-angulocolique-droite. Drain de Jost-Redon. "

Suites opératoires simples : transit repris au 3^e jour, ablation du Redon au 7^e. Durée totale de l'hospitalisation : 40 jours.

OBSERVATION N° 13

D... David - 54 ans -

Admis dans un grand hôpital parisien en juillet 1965 pour des douleurs de l'hypocondre droit avec diarrhée. Au 10^e jour, le malade est passé dans le service de chirurgie avec le diagnostic d'appendicite aiguë. Intervention le 17 juillet : " Mac Burney large. Tuméfaction de la région caecale qui se révèle être un abcès rétrocaecal incrusté dans la paroi postérieure. On se contente de drainer par une lame et 2 mèches".

Au 7^e jour, ablation d'une lame et d'une mèche. Au 10^e jour, apparition d'un lambeau d'épiploon par la cicatrice opératoire. Réintervention en urgence : " réintégration du contenu : remise en place de deux mèches et d'une lame. Fermeture par un plan total de crin."

Suites opératoires marquées par un écoulement assez abondant par le drainage, sans que la nature de cet écoulement soit précisée. Ablation du drainage le 9^e jour, sortie le 24^e.

De juillet à janvier, la fistule va se fermer et se rouvrir à plusieurs reprises.

Le 17 janvier 1966, un lavement baryté ne montre ni lésion pariétale colique, ni le siège exact de la fistule.

Admis à Rothschild le 15 février : fistule peu abondante à la partie supérieure du Mac Burney.

Pas de perturbations biologiques.

Intervention le 28 février après préparation colique habituelle.
“ Incision iliaque droite itérative avec excision large de l'ancienne cicatrice et du trajet fistuleux. Il existe bien une brèche sur la paroi antérieure du caecum. Résection et anastomose iléocolique. Paroi en un plan. Drainage aspiratif rétro-anastomotique.”

Suites opératoires simples. Apyrexie le 3^e jour, 1^{er} gaz, le 4^e, ablation du drainage au 9^e et des fils au 12^e.

Sortie le 21^e jour, paroi solide et propre.

OBSERVATION N° 14

D... Roger - 42 ans -

A l'âge de 6 ans et demi, première intervention pour péritonite appendiculaire. De 7 à 29 ans, épisodes de douleurs abdominales avec diarrhées et vomissements de survenue variable.

En 1954, à 29 ans, 2^e intervention pour des “adhérences”.

Réintervention 8 jours plus tard pour occlusion : “ iléo-transversostomie ”.

Pendant 10 ans, ce malade est hospitalisé à plusieurs reprises pour des douleurs abdominales et une diarrhée tenace. En 1961, un transit du grêle montre une dilatation des anses au-dessus de l'anastomose avec sténose immédiatement pré-anastomotique.

En février 1967, à la suite d'un lavement baryté, apparition d'une collection sous-ombilicale dont l'incision va ouvrir une fistule stercorale. Fermeture et réouverture par intermittence jusqu'en mai, date à laquelle le malade sera admis à Rothschild.

A l'entrée :

Petite fistule juxta et sous-ombilicale. Bon état général clinique et biologique, diarrhée : 2 à 3 selles par jour.

Intervention le 24 mai après préparation colique habituelle. "volumineux bloc constitué par l'iléon au-dessous de l'anastomose iléo-transverse et le mésentère correspondant. Ce bloc adhère partout et la libération en sera particulièrement difficile. C'est de lui également que part la fistule qui s'ouvre à la paroi abdominale. Mais au-dessus toutes les anses grêles dont certaines sont passées à travers l'hiatus rétro-anastomotique, sont accolées les unes aux autres, au colon, à l'épiploon, à la paroi. Séparation de l'anastomose iléotransverse et fermeture de la brèche colique. Résection et anastomose iléo-iléale. Paroi au plastofil sans drainage."

Histologie de la pièce opératoire assez douteuse. Le diagnostic de Crohn n'est pas certain.

Suites opératoires dans l'ensemble simples avec un petit abcès de paroi.

Sortie autorisée au 19^e jour.

OBSERVATION N° 15

D... Marguerite - 57 ans -

Opérée en occlusion le 28 mars 1968, d'une virole du sigmoïde : colostomie transverse gauche.

2^e temps colectomie gauche 1 mois plus tard.

4 tentatives de fermeture de la colostomie échouent du 10 octobre au 19 novembre. Le malade entre à Rothschild le 12 février 1969, soit 4 mois plus tard.

A l'entrée :

Écoulement fistuleux de la fosse iliaque gauche peu abondant, stercoral.

Pas de retentissement biologique hormis une hyperleucocytose.

20 février 1969 — Intervention après 8 jours de préparation colique habituelle : "médiante itérative, libération du transverse, excision des bords fistuleux et suture en un plan. Il existe une assez volumineuse métastase hépatique. Fermeture sans drainage. "

Traitement post-opératoire : solnicol et anticoagulants.

Suites simples, reprise du transit au 3^e jour. Pas de récurrence de la fistule, sortie autorisée au 18^e jour.

OBSERVATION N° 16

D... Germaine - 72 ans -

31 janvier 1969 : Occlusion intestinale aiguë. Opérée le 5^e jour en province :

- pas de lésion du grêle :
- péritoine rempli d'une masse gélatineuse : pseudo-myxome appendiculaire probable.
- résection de 50 cm de grêle.

Huit jours plus tard, nouvelle occlusion : jéjunostomie sur la première anse trouvée.

Désunion pariétale et pertes liquidiennes importantes : adressée à Paris, puis transférée à Rothschild le 28 février.

A l'entrée :

Fistule médiane donnant 200 cc environ sans grosses anomalies biologiques et sans interruption du transit. Mise en route du traitement médical :

- amélioration notable jusqu'au 15 mars, puis apparition de troubles respiratoires nécessitant trachéotomie et Engström, et mise en place d'une sonde de drip-feeding.

Pendant 15 jours, l'état semble désespéré, puis une amélioration se dessine début avril permettant à la malade de se passer d'Engström et de drip. Réintervention alors envisagée, mais non effectuée car le mieux est très transitoire. Pendant la fin du mois d'avril, le mois de mai et début juin, la malade va être maintenue en survie quasi artificielle par une réanimation intensive et une alimentation mécanique. Mais l'état général se dégrade rapidement, des escarres apparaissent. On trouve de nombreux germes de surinfection dans les urines et le liquide de fistule (entérocoque, protéus, klebsielle, pyocyanique, colibacille), le malade sombre dans le coma et meurt le 10 juin.

OBSERVATION N° 17

D... Anna - 37 ans -

Opérée en urgence le 28 juin 1965 pour péritonite appendiculaire avec perforation caecale. Drainage. Suites difficiles, écoulement de pus important par la cicatrice qui persiste de façon intermittente jusqu'au

mois de septembre. Le 13 septembre et le 23 octobre, 2 tentatives de fermeture de la fistule se soldent pas un échec.

En janvier 1966, des examens radiologiques montrent des lésions caractéristiques de Crohn iléo-colique.

Admise à Rothschild le 12 février :

Fistule iliaque droite à la partie supérieure du Mac Burney, écoulement peu abondant, état général clinique et biologique satisfaisant.

Intervention le 25 février 1966 après préparation colique habituelle : “ Il s’agit bien d’une lésion inflammatoire non spécifique intéressant la dernière anse grêle et le caecum. Cette lésion est d’autre part fistulisée en arrière dans le fascia-iliaca, en dedans dans une anse intestinale moyenne. Résection de cette anse avec anastomose termino-terminale. Résection iléo-colique. Anastomose iléo-sous-angulo-colique droite, en un plan.

Paroi sans drainage.”

L’examen histologique de la pièce confirme le diagnostic de maladie de Crohn. Suites opératoires simples malgré un épisode de diarrhée transitoire au 6^e jour.

Sortie au 12^e jour.

OBSERVATION N° 18

E... Adolphe - 63 ans -

16 mai 1968. Exérèse d’un polype du sigmoïde.

Hématémèse post-opératoire qui fait réintervenir le 29 mai 1968 :

- il existe un petit cancer de l’estomac
- gastrectomie 2/3 Polya.

Suites opératoires marquées par des ennuis pariétaux. Le transit s’effectue difficilement. Le 2 août 1968, on doit réintervenir pour un tableau franchement occlusif :

- il s’agit d’une carcinose péritonéale, englobant plusieurs anses grêles qui sont dilatées en chapelet de saucisses.
- on est obligé de se contenter de ponctionner les anses les plus distendues avant de refermer la paroi en un seul plan.

Reprise du transit retardée et apparition d'une fistule au 5^e jour dont l'abondance dépasse rapidement un litre. La paroi se désunit.

Malgré la mise en route immédiate du traitement médical associant irrigation lactique, réanimation intraveineuse, et réalimentation mécanique, l'état général décline rapidement et le malade meurt le 29^e jour suivant l'apparition de la fistule.

OBSERVATION N° 19

F... Charles - 65 ans -

Diabétique ayant subi une résection colique gauche en 1958 pour tumeur villoseuse.

En février 1969, hémicolectomie droite pour tumeur villoseuse dégénérée du caecum.

En août 1969, occlusion intestinale aiguë. Lors de la laparotomie on ouvre une anse grêle littéralement incrustée dans la paroi au niveau d'un foyer de carcinose péritonéale. Résection et anastomose acrobatique entre 2 sténoses tumorales. La fistule inévitable survient le 5^e jour.

Le malade est alors dirigé à Rothschild où il arrive amaigri, porteur d'une petite fistule du grêle médiane donnant environ 100 ml par jour.

Biologiquement existe une hyperleucocytose, une hypoprotidémie à 12,6 Meq et une hyperglycémie modérée.

Sous l'effet du traitement médical, le transit reprend au moins partiellement.

La fistule ne va néanmoins jamais se tarir complètement. La carcinose continue à évoluer et le malade meurt dans la cachexie au 22^e jour de la fistule.

OBSERVATION N° 20

G... Albert - 75 ans -

Sténose néoplasique sous-angulo-colique droite, découverte en octobre 1967 chez un malade aux antécédents chargés : gazé, emphysemateux, artériel et éthylique, opéré d'un cancer d'une corde vocale 15 ans auparavant.

Intervention le 3 novembre 1967 : “ héli-colectomie droite. Pas de métastase hépatique, mais nombreux ganglions le long du pédicule mésentérique. Péritonisation sur un drain aspiratif.”

Histologie : adénocarcinôme dépassant la musculuse et envahissant les ganglions.

Suites opératoires d'abord normales ; reprise du transit au 2^e jour. Mais à partir du 6^e jour, apparaissent une fièvre oscillante et un empatement de la fosse iliaque droite, avec ballonnement et ralentissement du transit. Traitement associant glace, Propidon et antibiotiques. Ouverture spontanée au 33^e jour. En quelques jours, la fièvre tombe et l'écoulement semble se tarir. Le malade est alors autorisé à sortir. Il revient un mois plus tard, la fistule ayant donné passage à des matières fécales.

Écoulement peu abondant surtout constitué de pus. Pas de perturbations biologiques. Prélèvement : *Proteus Mirabilis*.

Le malade reste subfébrile. On réintervient le 25 janvier, pour une masse de l'hypocondre droit qui s'avère être un gros foie métastatique.

Dés lors, l'état général décline rapidement. Un ictère apparaît, la fistule persiste sans jamais être très abondante.

Le malade meurt le 2 février dans un tableau asphyxique.

OBSERVATION N° 21

G... Irène - 65 ans -

Malade hysterectomisée pour cancer du corps à une date non précisée, en mars ou avril 1966. Suites opératoires compliquées par une absence de reprise du transit pour laquelle elle est réopérée deux fois sans que l'on sache exactement quelles lésions ont été trouvées et quelles interventions ont été pratiquées. A la suite de la troisième intervention, apparition d'une fistule d'allure iléale pour laquelle la malade est adressée à Rothschild le 17 juin 1966.

A l'entrée :

Il existe une fistule médiane, par laquelle s'écoule un abondant liquide iléal. La malade est amaigrie, deshydratée. On met en route le traitement médical. Dans la soirée, collapsus brutal avec cyanose et douleur thoracique : embolie pulmonaire massive.

Décès en quelques minutes.

OBSERVATION N° 22

G... Denise - 36 ans -

Hystérectomie subtotale le 2 janvier 1969 pour torsion de kyste de l'ovaire. Occlusion post-opératoire : réintervention au 7^e jour : caecostomie par voie iliaque droite sans exploration de la cavité abdominale. Amélioration de l'état général et fermeture de la caecostomie le 10^e jour.

Réouverture spontanée une semaine plus tard.

Envoyée à Rothschild le 7 août 1969 :

A l'entrée, malade très fébrile, 39-40°.

Suppuration de la partie inférieure de la médiane. Fistule iliaque droite donnant 800 ml de liquide fécaloïde.

Biologiquement, anémie à 3,6 millions, Hyperleucocytose à 13.700, hypochloronatrémie. Hypoprotidémie à 10,9 Meq. Hémo-culture négative. Traitement associant : réanimation, antibiotiques, Propidon, anticoagulants.

Le 11 août, un lavement baryté ne montre ni fistule ni obstacle mais le lendemain apparaissent deux fistules par la médiane. On met alors en route une irrigation-aspiration d'acide lactique.

Biologiquement, malgré une réanimation intensive, la malade reste très déséquilibrée : hypochloronatrémie, hypokaliémie, protides à 9,2 milli-équivalents.

Le 15 août, devant la persistance de la fièvre et l'augmentation de l'écoulement, on réintervient par médiane :

“ Le caecum et la dernière anse grêle sont ouverts longitudinalement sur leur face antérieure, mettant ainsi à nu une très grande surface muqueuse qui adhère à l'épiploon et aux anses grêles sus-jacentes. Libération de proche en proche, ce qui permet d'évacuer quelques petits clapiers de liquide iléal et purulent. L'exploration du reste de la cavité abdominale est négative. Il n'y a pas de foyer suppuré à distance. Résection iléocolique droite, anastomose termino-terminale. Toilette péritonéale. Penrose par l'ancien orifice de caecostomie. Excision des berges et fermeture en un plan au crin.”

Traitement post-opératoire : aspiration digestive, pénicilline 20 millions, gentalline 3 ampoules. Réanimation.

Suites opératoires défavorables malgré la reprise du transit au 3^e jour.

Collapsus inexpliqué au 3^e jour.

Au 4^e jour, apparition de troubles respiratoires avec polypnée, angoisse, point de côté, et aspect ECG évoquant une embolie pulmonaire. La malade est alors mise à l'héparine intraveineuse. Mort subite le 5^e jour au matin.

Vérification : Hémopéritoine de plus d'un litre. Anastomose parfaite. Pas de foyer suppuré. Pas d'embolie pulmonaire.

OBSERVATION N° 23

G... Eugénie - 64 ans -

Néphrectomie en 1930 pour phlegmon péri-néphrétique.

Suites opératoires difficiles : fistule purulente pendant 5 ans.

En août 1968, formation d'un abcès au niveau de la cicatrice de lombotomie. Ouverture spontanée à la peau. 15 jours plus tard, apparition de matières par la fistule.

Admise à Rothschild en janvier 1969 :

A l'entrée : fistule lombaire donnant issue à quelques gaz et à quelques cm³ de matières mêlées de pus. Etat général clinique et biologique satisfaisant.

Un lavement baryté montre que la fistule se situe sur le colon descendant.

Intervention le 17 janvier après préparation colique habituelle : "Colectomie gauche segmentaire enlevant la zone fistulisée. Suture termino-terminale en un plan. Epiplooplastie. Fistule lombaire laissée ouverte. Fermeture sur un drain de Redon.

Suites opératoires fébriles pendant 15 jours. Le transit reprend rapidement mais le Redon donne issue, à partir du 3^e jour à un liquide fécaloïde. Abcès de la médiane le 10^e jour. Débridement de l'orifice lombaire au 30^e jour.

Sort le 20 février, avec 2 petits écoulements, l'un abdominal, l'autre lombaire.

La fistule se ferme au mois d'août, mais se rouvre en février 1970, dans un tableau sévère avec fièvre à 40° et point de côté. Un lavement

baryté montre une récidence de la fistule lombaire au même endroit sur le colon gauche.

Réintervention le 15 février 1970 : “ Résection de l'anastomose colo-colique qui est fistulisée en arrière à travers l'épiplooplastie. Confection d'une nouvelle anastomose colo-colique trans-mésentérique pour éloigner la suture de la zone fistuleuse.”

Suites opératoires un peu laborieuses. Reprise du transit retardée, jusqu'au 8e jour. Evacuation d'un énorme abcès de paroi au 12e.

Sortie le 4 avril 1970 avec encore deux petits écoulements purulents, l'un abdominal, l'autre lombaire...

OBSERVATION N° 24

G... Jean - 35 ans -

Admis à Rothschild en novembre 1964 pour un syndrome occlusif, survenant chez un malade déjà laparotomisé pour ulcère duodénal, épileptique et ancien polio.

Intervention le 29 novembre : “ adhérence du grêle à une sténose du colon gauche. Libération des adhérences. Entérotomie de vidange ”. Suites simples.

Réintervention à froid le 16 décembre pour la sténose colique. “ intégrité de l'étage sus et sous-mésocolique. Résection colique gauche en un temps.”

Nature histologique de la lésion impossible à préciser : tuberculose, Crohn, ou granulome à corps étranger.

Reprise du transit au 2e jour, mais abcès de paroi sous-ombilical au 3e jour.

Sort avec son “ abcès de paroi ” un mois après la 2e intervention.

Réadmis 2 mois plus tard avec une fistule iléale évidente. Le transit est normal, l'état général bon. Après une brève préparation médicale, intervention :

- excision de la cicatrice
- libération de l'étage sous-mésocolique totalement bloqué
- résection de l'anse fistulisée
- fermeture en un plan.”

Suites opératoires bonnes sur le plan de la fistule, mais difficiles sur le plan respiratoire, psychologique et pariétal : suppuration interminable, éventration malgré une réintervention en 1966.

Sinistrose +++

OBSERVATION N° 25

H... Jean - 26 ans -

7 janvier 1969 : appendicectomie. Le lendemain, réintervention pour hémorragie par la cicatrice. Dans les jours suivants, apparition d'une fistule dont la culture montre du protéus. Evolution très fébrile, compliquée par un épanchement pleural et peut-être sous phrénique.

Le malade entre dans le service au 51^e jour de sa fistule ; il est alors très fébrile, en très mauvais état général, maigre, avec une escarre sacrée et une phlébite du membre inférieur gauche. Localement, il existe deux fistules de la fosse iliaque droite, une par le Mac Burney pyostercorale, une sus-jacente purulente. Il n'y a pas de transit par le rectum. Les épreuves biologiques sont paradoxalement peu perturbées. Mise en route du traitement médical.

Evolution rapidement favorable avec diminution du volume de la fistule de 800 à 50, 100 cc par jour. Transformation de l'état général. Sortie le 75^e jour, fistule pratiquement tarie, transit satisfaisant.

Passé un mois en maison de convalescence, reprend 9 kg mais l'écoulement fistuleux est réapparu. Réadmis dans le service au mois d'octobre. Réintervention le 270^e jour de la fistule.

Reprise de l'incision iliaque droite. Excision d'une fistule caecale et suture en un plan extra-muqueux. Mise en place d'une plaque de nylon pour assurer la fermeture pariétale.

Le soir même hémorragie profuse par l'incision. Réintervention : ablation de la plaque de nylon, hémostase de quelques petits vaisseaux et remplacement de la plaque de nylon par une plaque d'acier.

Suites désormais simples. Le malade peut sortir au 20^e jour. Guéri.

Il faut noter que tous les examens de la coagulation se sont avérés normaux malgré la tendance hémorragique clinique manifeste.

OBSERVATION N° 26

H... Simone - 70 ans -

Malade ayant subi une colectomie droite il y a trente ans pour une raison inconnue, et porteuse d'une lithiase urétérale gauche depuis 3 ans.

En mars 1969, occlusion intestinale aiguë de survenue brutale. A l'intervention, il existe une brèche de la péritonisation iléo-colique dans laquelle est strangulée une anse grêle. Vidange du grêle par ponction, fermeture de la brèche et fermeture pariétale, l'anastomose semblant bien perméable.

Suites opératoires compliquées, le transit ne reprend pas franchement, la malade est fébrile, une pleurésie purulente apparaît. Au 13^e jour on est amené à réintervenir : " toutes les anses grêles sont symphysées de façon anarchique, l'anastomose iléo-transverse semble sténosée. En la libérant, l'intestin se déchire, ce qui conduit à faire une résection iléo-colique de quelques centimètres de part et d'autre et une nouvelle anastomose."

Suites opératoires encore troublées, le 10^e jour une fistule apparaît par la médiane. Mise en route du traitement médical. Malgré un traitement local bien conduit, malgré une réanimation soigneuse, malgré une alimentation par drip-feeding, malgré le drainage de l'épanchement pleural, l'amélioration n'est que transitoire et les problèmes respiratoires restent préoccupants. Une fistulisation broncho-pleurale apparaît. La malade est mise sous Engström. Décès au 12^e jour, précédé de peu par une parotidite aiguë.

OBSERVATION N° 27

J... Rose - 73 ans -

Intervention le 21 mars 1967 pour occlusion intestinale aiguë par fécalome. Extériorisation du transverse, drainage.

En mai et juin, 2 tentatives de fermeture de la colostomie — l'une par voie extra-péritonéale, l'autre par voie intra-péritonéale — échouent. En juillet, une dilatation anale et quelques lavements obtiennent la fermeture de la fistule. Réouverture début août avec apparition d'un 2^e orifice fistuleux.

Admise à Rothschild le 13 novembre 1967 :

Amaigrissement de 12 kg. Tout le transit passe par les deux fistules.

Pas de perturbations biologiques notables.

Intervention le 24 novembre après préparation colique habituelle :
“ Excision en bloc des deux trajets fistuleux et de la paroi adjacente infectée. Libération d'un bloc adhérentiel forme du transverse et d'un paquet d'anses grêles totalement fusionnées. Résection d'un segment de colon de 10 cm, emportant le trajet fistuleux et anastomose termino-terminale en un plan.

Fermeture en un plan sans drainage.”

Suites opératoires très simples : selles dans la nuit même de l'intervention.

Sortie au 16^e jour.

OBSERVATION N° 28

J... Stanislava - 58 ans -

Recto-colite hémorragique.

1^{er} juillet 1966, colectomie totale.

7 octobre 1966, rétablissement de la continuité. Bertrand.

30 novembre 1966, fermeture de l'iléostomie.

Suites fébriles, avec une diarrhée importante, et apparition d'une fistule par l'ancien orifice d'iléostomie au 40^e jour. Biologiquement, hypoprotidémie et hypocholestérolémie. Ionogramme normal.

Mise en route de l'irrigation lactique. Cicatrisation de la fistule obtenue en 15 jours. Mais une poussée de rectite hémorragique et purulente sur le rectum restant oblige à réintervenir le 31 janvier 1967 :

- “ — médiane
- ancienne fistule iléale
- amputation recto-iléale et iléostomie définitive.”

Suites bonnes dans l'immédiat, éventration résiduelle.

OBSERVATION N° 29

J... Paul - 51 ans -

Admis à Rothschild en février 1967 pour un cancer du rectum.

Après préparation habituelle, intervention le 24 février.

- “ — Tumeur inextirpable.
- Colostomie sous-péritonéale.
- Dénudation du tronc des sigmoïdes : mise en place d'une sonde urétérale qui sort par une contre-incision latérale pour perfusion de cytolytiques.
- Bout inférieur extériorisé.”

Suites fébriles. Transit retardé jusqu'au 6^e jour.

Au 12^e jour douleur abdominale brutale. Fièvre et contracture.

Réintervention :

- “ — reprise de la médiane. Péritonite ; quelques anses grêles sont collées dans le petit bassin.
- segment inférieur du sigmoïde nécrosé. Excision aux ci-
- seaux de la portion la plus haute de l'intestin ischémié.
- Mickulicz tassé entre grêle et sigmoïde pour isoler la grande cavité. + 3 mèches à prostate.”

Suites apparemment meilleures au début, mais il persiste une hyperleucocytose, un abcès de paroi à protéus.

Eviscération au 10^e jour.

2^e intervention :

- “ — fistule du grêle au fond du petit bassin
- mise en place d'un système d'irrigation lactique
- réfection pariétale au fil de bronze.”

Suites très fébriles. Echec du traitement médical.

Décédé 10 jours après la 3^e intervention.

OBSERVATION N° 30

K... Paul - 74 ans -

Cancer du canal anal chez un homme porteur depuis 20 ans d'un anus iliaque gauche pour actinomyose viscérale.

Amputation périnéale dans le service le 26 juillet 1966.

“ – Intervention difficile en pleine tumeur. En dégageant le cul-de-sac rectal, on blesse une anse grêle qui y adhère. Réparation immédiate de la brèche par trois points de lin. Mickulicz.”

Suites opératoires difficiles : dès le 3^e jour, apparition d'une fistule périnéale tandis que la colostomie ne donne rien. Devant l'impossibilité d'appareillage de la fistule, on est amené à réintervenir rapidement. Le 1^{er} août : “ résection de l'anse fistulisée.”

Suites opératoires difficiles : fièvre, reprise du transit incomplète, hyperazotémie temporaire, hyperleucocytose, prélèvement pus de pari : colibacille. Le 15^e jour, apparition d'une phlébite et d'une éviscération : réintervention d'urgence : mise en place d'une plaque de peau dégraissée.

L'état général reste précaire après cette deuxième réintervention. Le transit reprend mal ; une escarre sacrée apparaît ; le malade est obnubilé. Un nouveau prélèvement de pus montre, en plus du colibacille, un entérocoque et un staphylocoque pathogènes. L'urée grimpe à 1,46 gramme. Le malade tombe dans le coma le 25 août et meurt le 26.

OBSERVATION N° 31

L... Yvonne - 63 ans -

En 1952, des rectorragies font découvrir des kystes du rectum : intervention par voie basse. Occlusion post-opératoire, intervention par médiane, pas d'autre renseignement.

En juin 1965, 3^e intervention pour abcès du petit bassin entre vessie et épiploon. La lésion d'origine n'est pas retrouvée. Drainage hypogastrique et caecostomie.

Au 11^e jour, apparition d'une fistule par le drainage. La fermeture de la caecostomie en juillet ne modifie pas l'écoulement fistuleux.

Admise à Rothschild en septembre 1966, soit 18 mois après le début de sa fistule :

A l'entrée :

Malade en bon état général. Eventration sous-ombilicale centrée par une fistule pyostercorale. Les examens radiologiques permettent de préciser l'origine sus-anale de l'écoulement.

Intervention le 23 septembre 1966 après préparation colique habituelle : " Libération du grêle, fistule à très long trajet, latéro-vésical, latéro-utérin puis latéro-rectal droit. Abscess rétro-rectal communiquant avec la lumière de la partie basse de l'ampoule. Hartmann. Redon."

Suites opératoires immédiates simples. Sortie le 22^e jour.

Mais la persistance de la suppuration rectale amènera à pratiquer un an plus tard une amputation abdomino-périnéale.

OBSERVATION N° 32

L... Robert - 62 ans -

Le 20 février 1968, Hartmann pour cancer recto-sigmoïdien adhérent à la vessie et à une anse grêle.

Suites simples, reprise de 9 kg.

En juin, diarrhée et ballonnement. Réintervention en clinique le 18 juillet.

" Rétraction de l'anastomose, avec nombreuses logettes de liquide dans l'espace propéritonéal. Réamarrage du bout supérieur à la peau ". Dès la reprise du transit, diarrhée profuse par la " colostomie " avec digestion pariétale.

Admis à Saint-Lazare pour réanimation et mise en état de la peau, d'où le malade est envoyé à Rothschild.

A l'entrée dans le service, le malade ne pèse plus que 37 kg. (moins 17 kg), il est déshydraté, subictérique ; l'aspect local est celui d'une fistule du grêle. Le transit du carmin s'effectue en une heure.

Le traitement médical est mis en oeuvre. L'évolution est bonne sur le plan général mais la fistule continue à donner entre 1, 1,5 et 2,1 par jour. Réintervention le 10 octobre :

— Après libération prudente, il s'agit d'une véritable jéjunostomie à 80 cm de l'angle duodénojéjunal. Résection. Anastomose. Libération du cul-de-sac rectal et anastomose colo-rectale.

Les suites sont dans l'ensemble bonnes, apyrétiques, malgré une diarrhée et une incontinence anale transitoires.

Le malade sort le 17 février 1969, 4 mois après l'intervention, ayant repris 13 kg. avec deux selles par jour. Mais l'examen histologique de la recoupe rectale a montré une récurrence au niveau de la sous séreuse et du méso.

OBSERVATION N° 33

L... Pepita-Josepha - 22 ans -

En mars 1965, tableau d'appendicite aigüe pas très typique.

Intervention par Mac Burney que l'on agrandira en Pfannenstiel :
" Appendicite mésocœliaque. Abscès pelvien. Pyosalpinx Bilatéral. Effraction du sigmoïde et d'une anse grêle. Suture de l'anse grêle. Appendicectomie. Salpingectomie d'un côté, salpingotomie de l'autre. Extériorisation du sigmoïde, drainage par lame.

En mai 1965, fermeture de l'anus iliaque. De mai 1965 à avril 1966, écoulement pyostercoral par la cicatrice.

Admise à Rothschild le 21 avril :

3 orifices fistuleux sur le Pfannenstiel.

Etat général clinique et biologique satisfaisant.

Intervention le 27 avril 1966 après préparation colique habituelle :
" Fistule médiane à trajet très long allant jusqu'à l'ampoule rectale. Libération du grêle et du sigmoïde. Suture des brèches après excision des bords. Fermeture au Catgut sur Redon."

Suites opératoires simples. Un épisode fébrile fait instituer un traitement de Keflin et de Tifomycine. Reprise du transit normale.

Sortie le 15^e jour. Pas de récurrence de la fistule.

OBSERVATION N° 34

M... Denise - 36 ans -

Le 6 janvier 1969, 3^e césarienne avec ligature de trompes. Suites opératoires difficiles : fièvre, épanchement pleural, désunion de la médiane au 15^e jour, apparition d'une fistule au 35^e. Amaigrissement progressif. La malade est transférée à Rothschild le 51^e jour.

A l'entrée :

Malade subfébrile, dénutrie, porteuse de 2 fistules sous ombilicales laissant écouler une grande quantité de selles liquides. Le temps de transit du bleu de méthylène est de 20 mn. Biologiquement, on note

une hypoprotidémie et un épanchement pleural droit. Mise en route du traitement médical.

Pendant 15 jours, la fièvre reste oscillante, les fistules donnent toujours autant et le 10 mars, la malade saigne par sa médiane de façon abondante. L'intervention d'urgence trouve un énorme hématome du Douglas de près d'un litre. Le prélèvement de cet épanchement va mettre en évidence un proteus. Le liquide de ponction pleurale fourmille de proteus et de klebsielles. Pendant 3 jours, on note une certaine amélioration clinique alors que les examens biologiques se dégradent.

On intervient néanmoins le 13 mars :

- “ utérus tout sphacélé, petit bassin plein de pus, une fistule iléale assez basse et une fistule sur le sigmoïde.
- hystérectomie totale.
- entérectomie avec anastomose termino-terminale.
- plicature du mésentère
- extériorisation du sigmoïde
- Mickulicz.”

Suites opératoires fébriles avec tachycardie croissante, une acidose, une hyperazotémie. Reprise du transit au 3^e jour, mais décès soudain dans la nuit du 3^e au 4^e jour.

A la vérification les anastomoses étaient solides, le péritoine était sec, mais il existait un épanchement pleural et surtout une hépatisation de tout le poumon droit.

OBSERVATION N° 35

M... Claude - 46 ans -

Le 8 octobre 1968, appendicectomie en province pour appendicite gangrénée, en position haute. Drainage par lame. Suites d'abord simples, mais subfébriles, ablation du drain au 5^e jour.

Le 14 octobre, occlusion. Réintervention par médiane :

- “ inflammation péricaecale
- 2 cuillers de pus rétrocaecale
- la région de la valvule iléocaecale est impossible à mobiliser.
- anastomose iléocaecale latéro-latérale en deux plans.
- mise en place d'une sonde dans le caecum plus deux drains et trois mèches.”

Le 4^e jour débâcle autour du drain, lâchage de l'anastomose probable, le malade est adressé dans le service.

A l'entrée :

Malade anorectique, subfébrile, subictérique, porteur de deux cicatrices, l'une médiane, plus ou moins désunie, l'autre un Mac Burney avec deux fistules, donnant 750 cc de liquide verdâtre.

Biologiquement, pas de grosses perturbations ; mise en route du traitement médical.

Evolution d'abord défavorable avec augmentation du débit de la fistule jusqu'à 3 litres et demi, transit reprenant mal jusqu'au dixième jour. Mobilisation des mèches, diminution progressive du volume écoulé, cicatrisation lente de la médiane à la fin du premier mois, pas de perturbations biologiques notables hormis une hyperleucocytose et une hypoprothrombinémie.

Autorisé à sortir le 15 décembre avec un transit normal, ayant repris 4 kg, une alimentation et une diurèse satisfaisante, mais un écoulement fistuleux encore de l'ordre de 4 à 500 cc.

Suivi en consultation jusqu'en février 1969 ; réopéré à cette date en clinique avec un bon résultat.

OBSERVATION N° 36

M... Viviane - 18 ans -

Jeune fille atteinte d'une maladie de Crohn.

Le 8 octobre 1965, colostomie iliaque gauche pour tenter de mettre fin à une suppuration péri-anale interminable.

Adressée dans le Service 4 mois plus tard dans un état catastrophique, pesant 34 kg. (moins 14 kg). La colostomie se trouve au milieu d'un vaste décollement purulent atteignant la ligne médiane en dedans, la crête iliaque en dehors ; la peau est si inflammatoire qu'il est rapidement nécessaire de mettre en place une perfusion irrigation d'acide lactique. Amélioration nette de l'état général clinique et biologique, permettant la réintervention le 7 avril 1966 :

— il s'agit d'une maladie de Crohn étendue à tout le colon jusqu'à la colostomie.

- Colectomie de droite à gauche jusqu'à la colostomie qui est laissée en place.
- iléostomie.

Suites opératoires très difficiles : désunion pariétale, persistance d'un écoulement purulent très abondant par la colostomie.

Réintervention le 9 mai 1966 : colo-proctectomie de ce qui reste du colon.

Suites compliquées par l'apparition d'une amaurose et d'une surdité rattachées à une méningo-encéphalite d'origine non précisable. Le poids s'abaisse jusqu'à 26 kg. L'acharnement de la réanimation permet néanmoins d'obtenir la guérison des troubles abdominaux. La jeune fille pourra sortir du Service un an et un mois après son entrée iléostomisée, aveugle et sourde.

OBSERVATION N° 37

M... Marthe - 63 ans -

Rectocolite hémorragique évoluant depuis 1963. Aggravation brutale en 1967. Admise à Rothschild le 8 septembre pour colectasie aiguë.

Intervention le 18 septembre : " pas de pneumo-péritoine, pas de perforation même bouchée. Colectomie totale de droite à gauche s'arrêtant à la jonction recto-sigmoïdienne. La muqueuse rectale est très altérée, mais la tunique musculaire paraît de qualité suffisante pour que l'anastomose iléorectale soit faite sans iléostomie de protection. Plicature de la veine cave inférieure. Péritonisation de la fosse iliaque sur un drain aspiratif. Paroi en un plan total."

Réanimation post-opératoire soigneuse.

Malgré celle-ci les suites opératoires sont d'emblée difficiles : rectorragie le soir même de l'intervention. Reprise du transit au 3^e jour mais ballonnement à partir du 4^e. La malade est sub-fébrile, et les examens biologiques montrent une hypoprotidémie à 41 g par litre, et une hypocholestérolémie à 0,55 g, avec un cholestérol estérifié à 0,15 g.

Le 10^e jour, apparition d'un écoulement par la médiane de 500 ml, dont l'activité amylasique est à 26 unités Somogyi.

Mise en route d'une irrigation-aspiration d'acide lactique ; et d'une alimentation par machine. Malgré cela, la brèche pariétale s'agrandit. La fièvre devient oscillante à partir du 13^e jour. L'hémoculture est positive au staphylocoque doré et malgré une légère amélioration des constantes biologiques, la mort survient le 7 octobre, soit 10 jours après l'apparition de la fistule.

Vérification : liquide intrapéritonéal, fuites aériques et hématome infecté au contact de l'anastomose. Hématome rétro-péritonéal. Infarctissement du lobe pulmonaire inférieur droit.

OBSERVATION N° 38

N... Gaby - 37 ans -

En juillet 1963, intervention pour syndrome abdominal fébrile avec diarrhée : volumineux abcès pelvien. Drainage simple par lame. A l'ablation de celle-ci au 10^e jour, apparition d'une fistule purulente pour laquelle la malade est adressée dans le service.

2^e intervention le 2 septembre : colectomie gauche, anus transverse droit de protection. Suites simples. Fermeture de la colostomie un mois plus tard.

4 ans plus tard, en 1967, la malade est réhospitalisée pour une altération de l'état général, amaigrissement de 3 kg, diarrhée et anémie. Le lavement montre une sténose du colon gauche.

4^e intervention, janvier 1968 : " iléocoliectomie droite plus colostomie transverse gauche pour maladie de Crohn avec fistule iléocolique. Drainage par lame ".

Suites opératoires d'abord simples, avec rétablissement du transit dès le 2^e jour. Mais le 9^e se fait jour un écoulement de matières par le drainage.

Un lavement baryté affirme le siège sigmoïdien de la fistule et l'existence d'une sténose à ce niveau. Après deux mois de convalescence, la malade est opérée pour la 5^e fois, le 6 mai 1968 : totalisation de la colectomie, anastomose iléorectale en un temps. Plicature du mésentère.

Suites opératoires simples malgré une tendance à la diarrhée.

OBSERVATION N° 39

P... Anita - 22 ans -

Admise à Rothschild le 5 janvier 1968 pour une maladie de Crohn évoluant depuis l'âge de 13 ans.

A l'entrée :

Malade fébrile et diarrhéique avec des épreuves biologiques très perturbées : hyperleucocytose à 17000 blancs, protides à 60 g, cholestérol à 0,80 g, et présence de staphylocoques pathogènes dans les selles.

— Après 6 jours de réanimation intraveineuse intensive, la malade est opérée le 11 janvier : “ lésions considérables intéressant la dernière anse iléale et la totalité du colon jusqu'à la moitié du sigmoïde. Iléocollectomie quasi-totale avec anastomose iléo-sigmoïdienne. Paroi sans drainage.”

Histologie de la pièce : “ Si on trouvait un seul follicule même atypique, on n'hésiterait pas à porter le diagnostic de colite granulomateuse.”

Traitement post-opératoire : antibiotiques, hydrocortisone plus réanimation.

Suites opératoires d'emblée compliquées. Le transit se rétablit mais la température reste décalée. Des vomissements et un météorisme apparaissent tandis que la leucocytose atteint 27000 globules blancs.

— 2^e intervention (J.13) : “ évacuation de plus d'un litre de liquide séropurulent avec fausses membranes. Drainage par lame iliaque gauche.”

Au 3^e jour, des matières s'écoulent le long du drainage iliaque gauche tandis que la fièvre tombe. Installation d'une irrigation d'acide lactique. Amélioration très provisoire pendant une dizaine de jours avec reprise du transit et réalimentation.

Le 5 février la fièvre se rallume, accompagnée de diarrhée et de douleurs abdominales, tandis que le débit de la fistule augmente pour atteindre et dépasser 1 litre.

— Le 15 février on est obligé d'intervenir une 3^e fois devant un état général qui s'altère, avec vomissements, météorisme abdominal fièvre et tachycardie.

“ Dès l'ouverture de l'abdomen on évacue 800 cc environ de liquide stercoral. Il existe une vaste poche au-dessus des anses grêles qui sont agglutinées au milieu du ventre. Cette cavité est close de toute part et

alimentée par une fistule anastomotique de très petit calibre. Drainage à l'aide d'un tube de caoutchouc et d'une lame empruntant le trajet de l'ancien drainage iliaque gauche et d'une lame sortant d'une contre-incision du flanc droit. Fermeture en un plan total au crin."

Suites opératoires de la 3^e intervention :

Le drain gauche fonctionne mal, la température remonte le 5^e jour, on installe une irrigation péritonéale avec du liquide de dialyse additionné de Propidon, Solumédine, Lactate de potassium, gammaglobulines, Soframycine.

Le lendemain, plus d'un demi-litre de matières se font issue par la médiane. Transit réduit mais présent. Ecoulement purulent par les contre-incisions. Transit du bleu : 1 h 30.

Tentative de drainage postural en pro-cubitus.

Le 18 avril un lavement baryté met en évidence le trajet fistuleux sigmoïdo-pariétal.

– 4^e intervention le 29 mai 1968 : " Avec les plus grandes difficultés, on parvient à séparer les anses intestinales de la paroi abdominale antérieure. On arrive à retrouver au milieu de vastes clapiers purulents, l'anastomose iléo-colique, à la défaire, à fermer le bout sigmoïdien, et à rétablir une iléostomie terminale dans la fosse iliaque droite. La réparation pariétale s'avère impossible, on se contente donc de fermer partiellement en haut et en bas et de recouvrir d'un sac de Mickulicz."

Traitement post-opératoire : antibiotiques, hydrocortisone et réanimation.

Suites opératoires : apyrétiques jusqu'au 6^e jour, mais au 8^e jour, des matières apparaissent dans le Mickulicz : il s'agit d'une fistule du grêle en amont de l'iléostomie. Malgré l'installation d'une irrigation lactique, vont se constituer au niveau de la médiane :

- 2 fistules intestinales superposées
- 3 fistules purulentes, une supérieure et deux latérales.

En juin et juillet 1968, diverses tentatives de fermeture par des " petits moyens ", vont permettre de réduire le débit de la fistule mais sans arriver à la fermer complètement.

- Obturation par la poudre de Karaya
- Excision des bords et fermeture au catgut
- Petite éponge alourdie de mercure
- Patch de velours d'élastomère de silicone
- Opérations de plastie diverses
- Sonde de caoutchouc en T maintenue par un système de contrepoids.
- Eponge maintenue par une lame métallique.

Pendant ce temps vont se faire jour successivement :

- des troubles urinaires : infections, incontinence, pneumaturie, et coliques néphrétiques.
- des douleurs sternocostales probablement liées à une choudrite costale
- une spéticémie à candida albicans.

D'octobre 1968 à mars 1969, état à peu près stationnaire clinique et biologique.

De mai à septembre 1969, la malade rentre chez elle où elle va poursuivre les irrigations lactiques. De nouvelles crises de coliques néphrétiques vont faire pratiquer une urographie intraveineuse qui montre une lithiase urétérale droite plus une lithiase pyélique et urétérale gauche avec dilatation des cavités rénales et retard de sécrétion.

La malade revient dans le service en septembre 1969 où grâce à une cure de diurèse et des antispasmodiques, elle va éliminer successivement 3 calculs que l'analyse chimique montre constitués de phosphate d'ammonium, d'urates et d'oxalates de calcium.

Mais pendant ce temps, l'écoulement fistuleux se fait de plus en plus abondant, passant de 600 ml à plus de 2 l.

— 5^e intervention le 10 novembre :

“ reprise de la médiane avec excision des bords cutanés et aponevrotiques. Il existe un clapier recouvert de fongosités dans lequel s'ouvrent, d'une part une anse iléale à environ 25 cm en amont de l'iléostomie, d'autre part, l'extrémité inférieure du sigmoïde. Libération complète du grêle, désinsertion de l'iléostomie qui était sténosée, et résection d'environ 35 cm d'iléon terminal emportant la zone fistulisée. Recoupe et fermeture colique. Confection d'une nouvelle iléostomie terminale dans le flanc droit avec retournement muqueux. Plicature mésentérique. Le grêle restant ne présente aucun signe de récidence de Crohn, mais ne mesure plus que 1.80 m environ : en fin d'intervention, pyélotomie d'extraction facile du calcul pyélique gauche. Lavage péritonéal au sérum. Mélange Hydrocortisone - antibiotiques et gammaglobulines intrapéritonéal. 2 drains de Penrose au contact des surfaces cruentées du petit bassin. Fermeture pariétale difficile en un plan total, peau comprise de plastofil n° 3.”

Suites opératoires marquées par une hypersecrétion gastrique et intestinale considérable, écoulement de pus à pyocyanique par l'iléostomie et par le drainage sous-jacent. A partir du 12^e jour la cicatrice commence à désunir de bas en haut malgré les fils totaux. On a l'impression d'une nécrose infectieuse totale de la paroi. Malgré le sanglage, l'éviscération est complète le 14^e jour. On met en place un système d'irrigation discontinue des anses à l'air libre. **Le 25 novembre ultime**

tentative chirurgicale : on ferme la brèche pariétale par une plaque de mersilène, mais ce-faisant on rompt une petite zone iléale déjà suspecte depuis plusieurs jours. On essaye de diriger la fistule par une petite sonde de Pezzer. L'état général flanche malgré la réanimation et la reprise des irrigations lactiques à travers le grillage n'empêchera pas la mort le **28 novembre** après 2 ans de calvaire.

OBSERVATION N° 40

P... Monique - 14 ans -

Le 1^{er} juillet 1968, iléotransversostomie pour iléocolite granulomateuse.

Suites d'abord simples, puis apparition vers le 15^e jour, d'un abcès de la fosse iliaque droite dont l'incision va donner d'abord du pus puis un écoulement stercoral.

A l'entrée :

Jeune malade en bon état général avec 2 orifices fistuleux de la fosse iliaque droite.

Écoulement peu abondant.

Discret retentissement biologique : protides 58 g, cholestérol 1,72 g.

Intervention après 7 jours de préparation colique habituelle : " Bloc iléo-colique, fistule caecale antérieure, iléocolectomie droite avec anastomose termino-terminale iléo-colique. Paroi sans drainage."

Suites opératoires simples.

Sortie au 18^e jour.

OBSERVATION N° 41

R... Suzanne - 60 ans -

En octobre 1960 hystérectomie totale pour cancer utérin.

Péritonisation impossible : 2 mèches plus une lame. Au 15^e jour, apparition d'une fistule stercorale par la médiane avec émission de la quasi-totalité du transit.

Admise à Rothschild en juin 1961 :

Fistule dans la partie moyenne de la médiane. Etat général clinique et biologique satisfaisant.

Radiologiquement, la fistule se situe à la charnière recto-sigmoïdienne.

Intervention le 20 juillet après préparation colique habituelle : Résection de la cicatrice ; dissection laborieuse des adhérences unissant le grêle au sigmoïde. Suture simple de l'orifice fistuleux. Un Redon sous-cutané.

Suites opératoires simples.

Mais une récurrence vaginale fera confier la malade au radiothérapeute.

OBSERVATION N° 42

R... Alfred - 32 ans -

Admis à Rothschild le 10 juillet 1967, pour une colite transverse d'origine indéterminée s'accompagnant de manifestations articulaires à type de spondylarthrite ankylosante pour laquelle le malade reçoit des corticoïdes depuis plus d'un an.

A l'entrée :

Douleurs abdominales avec défense faisant craindre une perforation.

La radiographie ne montre pas de pneumo-péritoine. Le malade est alors mis à un traitement antibiotique polyvalent. Un lavement baryté confirme l'étendue des lésions de la partie supérieure du colon ascendant jusqu'au tiers gauche du transverse.

Intervention le 28 juillet 1967, après préparation colique : "lésions évidentes sur tout le transverse, colon épaissi et congestif, méso pratiquement sans ganglion. Colectomie segmentaire large allant de quelques cm au-dessus de la valvule iléo-caecale jusqu'à quelques cm en-dessous de l'angle gauche. Anastomose colo-colique termino-terminale. Fixation pariétale de l'anse grêle terminale. Fermeture de l'arrière cavité des épiploons. Un drain de Redon dans chaque décollement."

Histologie de la pièce : pas de lésion spécifique.

Suites opératoires d'abord favorables les trois premiers jours. Puis apparaissent une fièvre de plus en plus désarticulée, une diarrhée, des douleurs abdominales et thoraciques basses et un météorisme important, tandis que la leucocytose atteint 24.000 globules blancs et que la radiographie montre une image gazeuse sous la coupole gauche.

Réintervention au 17^e jour avec le diagnostic d'abcès pyogazeux.

“ Phlegmon pyostercoral de l'étage sus-mésocolique, cloisonné par les deux premières anses jéjunales, en rapport avec une désunion anastomotique des deux tiers antérieurs de la circonférence colique. Vidange de l'abcès et toilette aussi complète que possible. Libération des deux extrémités coliques. Recoupe de l'anse transverse gauche, colostomie droite terminale et abouchement à la peau de l'extrémité distale du colon. Le grêle proximal est très abimé. On ne juge toutefois pas nécessaire de le réséquer. Fermeture pariétale en 2 plans.”

Réanimation post-opératoire soigneuse. Suites d'abord favorables, apyrétiques ; 1^{ère} selle au 3^e jour, ablation de la sonde gastrique le 5^e, mais le 6^e jour la fièvre se rallume et un écoulement de liquide intestinal se fait jour par la médiane.

On met immédiatement en route une irrigation d'acide lactique maintenue 15 jours. La cicatrisation est obtenue en 23 jours. Sortie autorisée quinze jours plus tard.

6 mois après, le rétablissement de continuité se déroulera sans histoire.

OBSERVATION N° 43

R... René - 42 ans -

Entre le 27 octobre 1967 à Rothschild pour une tumeur de la région para-ombilicale droite avec fièvre et amaigrissement de 5 kg.

Intervention le 2 novembre 1967 :

- grosse lésion du transverse droit ayant envahi l'estomac.
- gastrectomie Pean.
- colectomie droite avec anastomose iléo-transverse.

Suites mouvementées : fièvre, transit retardé et apparition d'une fistule par la médiane au 5^e jour.

Mise en route du traitement médical. Reprise du transit au 13^e jour. Tentative de mise à plat de la fistule. Début de la réalimentation.

Pendant deux mois, la fistule va donner 100 à 200 cc de matières par jour. Le poids oscille autour de 31 kg. Biologiquement, les protides sont maintenues à un taux normal ou presque, mais le cholestérol reste bas.

Le 23 janvier 1968, soit au 81^e jour de la fistule : réintervention.

- “ Libération du grêle laborieuse.
- Désunion de l'anastomose
- Recoupe et réanastomose.
- Plicature mésentérique, mais il est signalé qu'on a dû réparer une brèche iléale créée en libérant le grêle.”

Suites opératoires d'emblée compliquées. Fièvre au 3^e jour, apparition d'une collection sous phrénique droite, avec subictère. Reprise du transit au 8^e jour, mais apparition simultanée d'un écoulement d'abord purulent puis intestinal par la médiane. On recommence les irrigations lactiques.

La fistule va donner jusqu'à 600 cc le 14^e jour, puis se tarit progressivement vers le 45^e jour. Pendant cette période, devant les difficultés d'alimentation du malade, on met en place une sonde d'alimentation mécanique qui sera maintenue pendant 6 semaines.

Biologiquement, les pertes en protides sont exactement compensées et leur taux restera toujours satisfaisant. En revanche, le cholestérol reste largement au-dessous du gramme jusqu'à la fermeture de la fistule pour remonter à 1,95 à la sortie.

Le malade pourra quitter l'hôpital le 4 avril, soit au 160^e jour, ayant repris 2 kg. Revu un an et demi plus tard, il a repris son poids habituel, n'a de récurrence ni de la fistule, ni du cancer.

OBSERVATION N° 44

S... Marcien - 70 ans -

Malade opéré à Rothschild le 2 octobre 1967 pour un volumineux cancer du colon droit : colectomie droite avec anastomose iléo-transverse termino-terminale.

Suites fébriles, reprise du transit retardée jusqu'au 9^e jour, désunion pariétale dans laquelle on peut mettre en évidence un pyocyanique, et apparition d'une fistule le 14^e jour. Mise en route du traitement médical. Ecoulement initial de près d'un litre.

Evolution assez rapidement favorable, malgré une perte de poids de 7 kg, mais la fièvre cède au 25^e jour, et la fistule se tarit en 40 jours.

Le malade est autorisé à sortir le 2 décembre 1967, en bon état. Revu en février 1968, il signale que la fistule s'est de nouveau ouverte quelques jours en janvier, mais s'est fermée spontanément, l'état général est floride, le malade a retrouvé son poids préopératoire.

OBSERVATION N°45

S... Michel - 30 ans -

Sujet éthylique, ayant subi plusieurs années auparavant une gastroentérostomie pour ulcère.

Le 27 janvier 1969, intervention pour occlusion intestinale aiguë :

- volvulus d'un caecum malformé
- anastomose caeco-transverse.

Le 19 février 1969, réintervention pour "nécrose caecale".

On ne sait pas ce qui a été pratiqué alors ni à quelle date est apparue la fistule. Le malade arrive dans le Service le 13 mai 1969 dans un état catastrophique :

- amaigri (39 kg)
- porteur d'une fistule iliaque droite donnant un demi litre de matières liquides par jour
- présentant en outre un abcès sous-phrénique droit à proteus et une pleurésie purulente du même côté.

On commence par évacuer l'abcès sous-phrénique et la pleurésie et l'on met en route une réanimation intensive. L'état général s'améliore lentement, mais la fistule ne semblant pas vouloir se tarir, l'intervention est décidée le 19 juin :

- “ — médiane
- il existe une double fistule iléale et caecale, associée à une malrotation colique telle que le transvers passe derrière et au-dessous du 3^e duodénum.
- résection du grêle
- hémicolectomie droite
- plicature mésentérique
- drainage sous-phrénique et d'un abcès du Douglas”.

Suites opératoires émaillées de complications infectieuses au niveau de la plèvre et de la paroi. L'évolution est néanmoins favorable. Sortie au 81^e jour guéri.

OBSERVATION N° 46

V... Marie-France - 18 ans -

Le 16 mars 1968, intervention pour une masse de la fosse iliaque droite, avec le diagnostic de kyste de l'ovaire. En fait, il s'agit d'une volumineuse masse rétropéritonéale avec aspect emflammé et raide de la dernière anse grêle. Une tentative de libération de l'anse et du sigmoïde n'aboutit qu'à une hémorragie diffuse. On se contente alors d'un simple drainage par lame. Dans les suites opératoires apparaît une fistule par l'orifice de drainage. Un transit du grêle confirme le diagnostic de maladie de Crohn.

Admise à Rothschild le 22 avril 1968 :

Petite fistule de la fosse iliaque droite surtout purulente. Etat général clinique et biologique normal. Intervention le 29 avril après préparation colique habituelle :

“ Iléite terminale encore très inflammatoire et très adhérente. Il existe non seulement la fistule cutanée qui est connue mais un petit abcès intermédiaire qui débouche ensuite dans la trompe droite. Section de l'iléon 10 cm en amont des lésions et du colon ascendant à sa partie moyenne. Anastomose iléo-colique, salpingectomie droite. Drain aspiratif au contact de l'ancien abcès.”

L'examen histologique de la pièce confirme le diagnostic de maladie de Crohn.

Suites opératoires simples :

Reprise du transit au 3^e jour, apyrexie au 4^e, ablation du Redon au 6^e.

Sortie au 14^e - Guérie.

Tableau II

AGE - MORTALITE

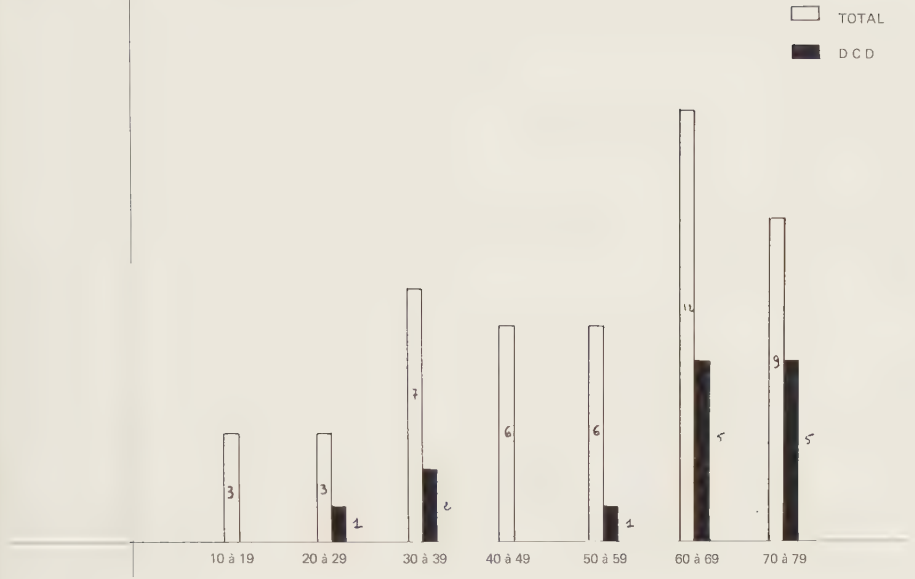


Tableau III

LESION INITIALE

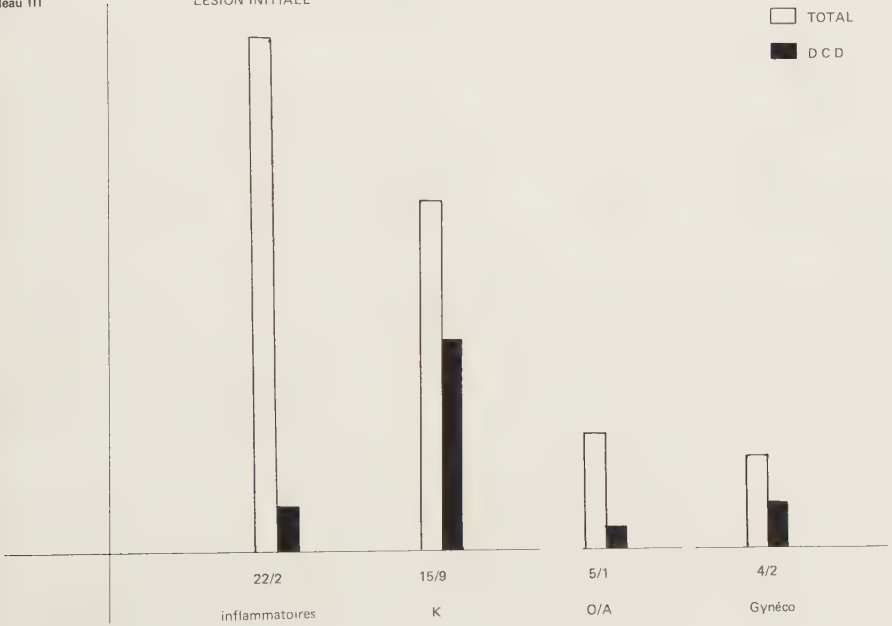
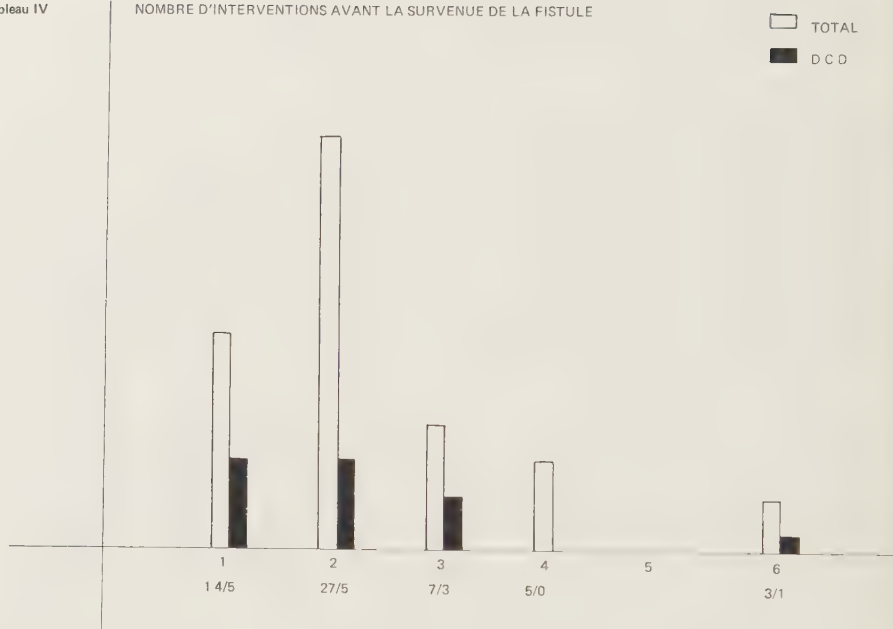


Tableau IV

NOMBRE D'INTERVENTIONS AVANT LA SURVENUE DE LA FISTULE



ETIOLOGIE

I - L'âge :

varie entre 14 et 79 ans, avec un pic assez net de 60 à 69 ans. 33 malades sur 46, soit 60 %, ont plus de 40 ans. 21, soit 45 %, ont plus de 60 ans. L'âge moyen se situe à 52 ans (tableau II).

II - Le sexe :

n'influe pas sur la survenue des fistules : 21 hommes contre 25 femmes ; il fait varier en revanche la lésion initiale. Chez les hommes, il s'agit plus souvent de lésions tumorales, chez les femmes de lésions inflammatoires.

III - La lésion initiale : (tableau III)

1^{re} - En-tête viennent les lésions inflammatoires, et particulièrement les lésions spécifiques, comme la maladie de Crohn, ou la rectocolite hémorragique, qui représentent la moitié des cas. Les autres se

répartissent par ordre de fréquence entre la sigmoïdite, l'appendicite aigüe, la tuberculose iléo-caecale, les lésions suppurées du petit bassin d'origine génitale ou rectale. (Schéma I)

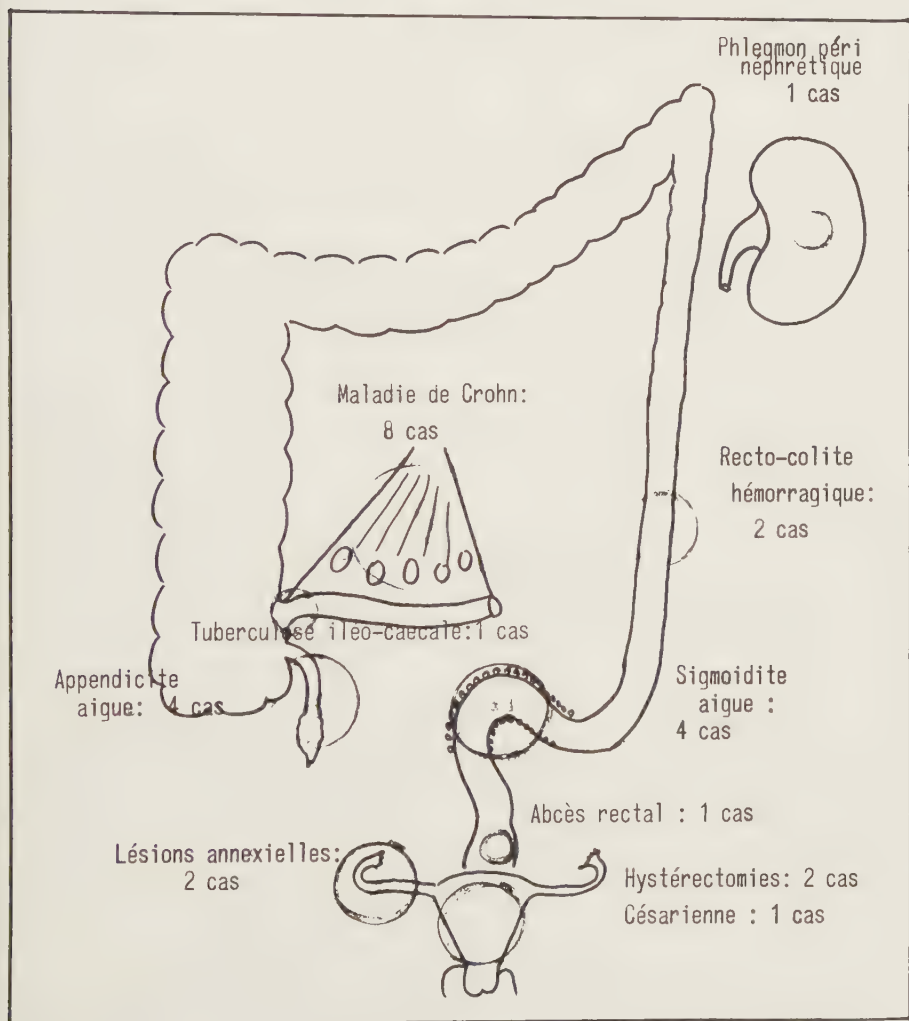
2^e - Les lésions tumorales viennent en second lieu, essentiellement les cancers digestifs. 11 fois sur 15, mais aussi génitaux, péritonéaux, ou vésicaux. (Schéma 2).

3^e - L'occlusion intestinale vient ensuite avec 5 cas.

4^e - Des lésions génitales diverses, fibrome, kyste de l'ovaire, et plus simplement la grossesse.

LESIONS INFLAMMATOIRES

Schéma n° 1

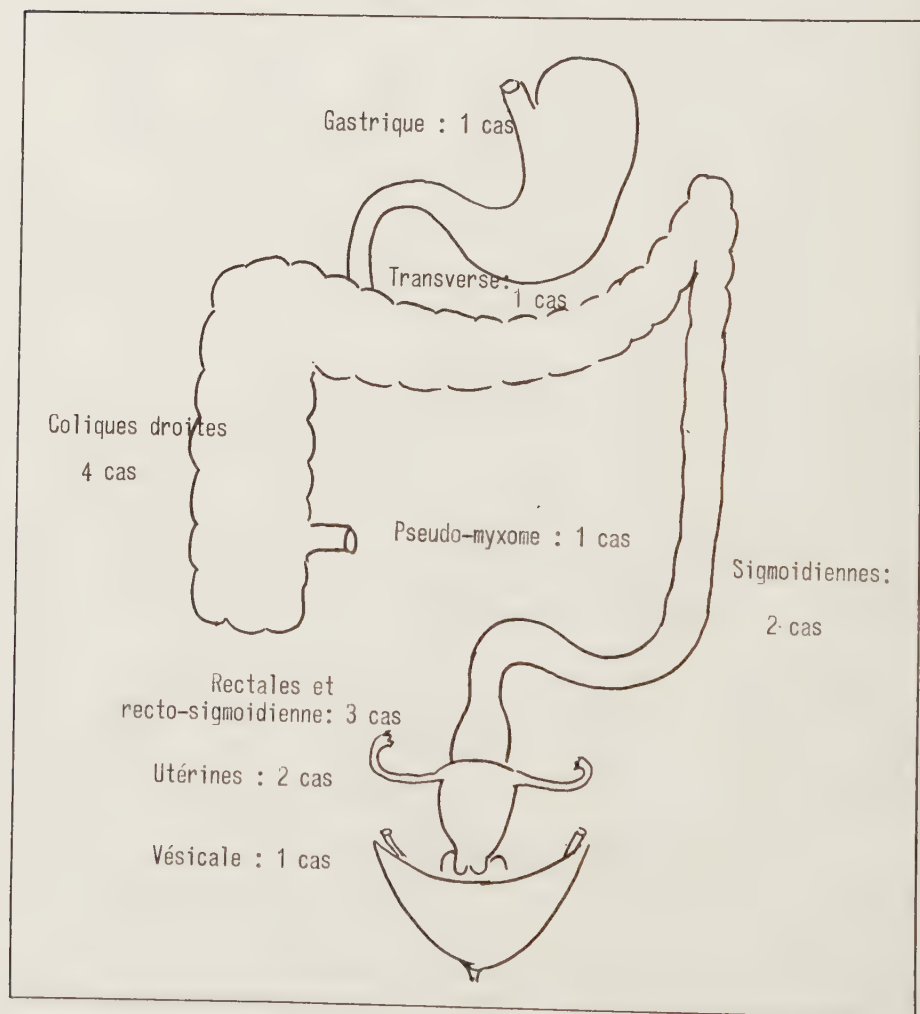


IV - Les interventions antérieures

1^e - Nombre (tableau IV) : Les fistules digestives externes sont moins une complication des interventions que des réinterventions. 14 fistules, soit moins d'un tiers sont survenues après la première intervention, 21, soit près de la moitié, après la deuxième, et 2 malades avaient déjà été réopérés pour leur fistule à leur entrée dans le service ; 7 sont survenues après la troisième, 5 après la quatrième et enfin 3 après la sixième intervention, sans que l'on puisse affirmer que la gravité de la fistule augmente avec le nombre d'interventions antérieures.

LESIONS TUMORALES

Schéma n° 2



2^e - Type : une fistule peut venir compliquer toute intervention portant sur le tube digestif, quelle qu'en ait été la gravité initiale. Mais on peut également en observer après une intervention gynécologique ou urologique.

Parmi les fistules observées après une intervention, 4 seulement sont apparues après des interventions réalisées en urgence, "à chaud".

- une colectomie totale pour colectasie aiguë au cours d'une recto-colite hémorragique
 - une néphrectomie pour phlegmon péri-néphrétique
 - deux drainages d'abcès "appendiculaire" révélés ultérieurement comme étant d'origine sigmoïdienne
- Ces deux malades ont été réopérés, l'un à chaud, l'autre à froid, avant d'entrer dans le service, mais nous avons voulu les citer ici car leur fistule est apparue dès la 1^{ère} intervention.

Dix fistules sont survenues à la suite d'interventions réglées

- sept colectomies ou proctectomies pour cancer colique ou rectal.
- deux interventions gynécologiques : une hystérectomie pour cancer, une césarienne.
- une résection iléo-caecale pour tuberculose, 54 ans auparavant.

Parmi les fistules apparues après deux interventions on trouve :

Cinq réinterventions "à froid" :

- une colectomie réglée
- un échec de fermeture de caecostomie
- un deuxième temps de cystectomie totale
- deux tentatives de cure de fistule stercorale, une dans le service, l'autre ailleurs, ce qui amène à compter deux fois une de ces fistules.

Dix huit réinterventions "à chaud" :

- sept fois pour occlusions, entre le 6^e et le 18^e jour post-opératoire.
- huit fois pour péritonite localisée ou généralisée liée à :
 - 2 lâchages d'anastomose
 - 1 nécrose colique
 - 1 réintégration de colostomie
 - 2 perforations méconnues du colon et du rectum
 - 1 abcès de maladie de Crohn

— trois fois pour des raisons diverses :

- 1 hémorragie par l'incision le soir même de l'intervention.
- 1 pancréatite aiguë
- 1 éviscération après simple drainage d'un abcès appendiculaire.

Parmi les 7 fistules apparues après la 3^e intervention, on trouve :
dans les réinterventions “ à froid ” deux malades :

- 1 rétablissement de continuité iléo-iléale après intervention de Bertrand.
- 1 double tentative de fermeture de fistule post-appendicectomie.

dans les réinterventions “ à chaud ” :

- 5 occlusions intestinales aiguës :
 - 1 par carcinose péritonéale après deux interventions, l'une pour polype rectal, l'autre pour cancer gastrique, découvert à l'occasion d'une hématémèse post-opératoire.
 - 2 après colectomie en deux temps
 - 1 récurrence d'occlusion après hystérectomie pour cancer
 - 1 associée à une péritonite par perforation sigmoïdienne au cours d'un lavement baryté.

Parmi les 5 fistules survenues après 4 interventions, on trouve :
une seule intervention en urgence, pour un abcès de la fosse iliaque droite par lâchage d'anastomose iléo-colique deux ans après une colectomie droite en trois temps.

Quatre furent pratiquées “ à froid ” :

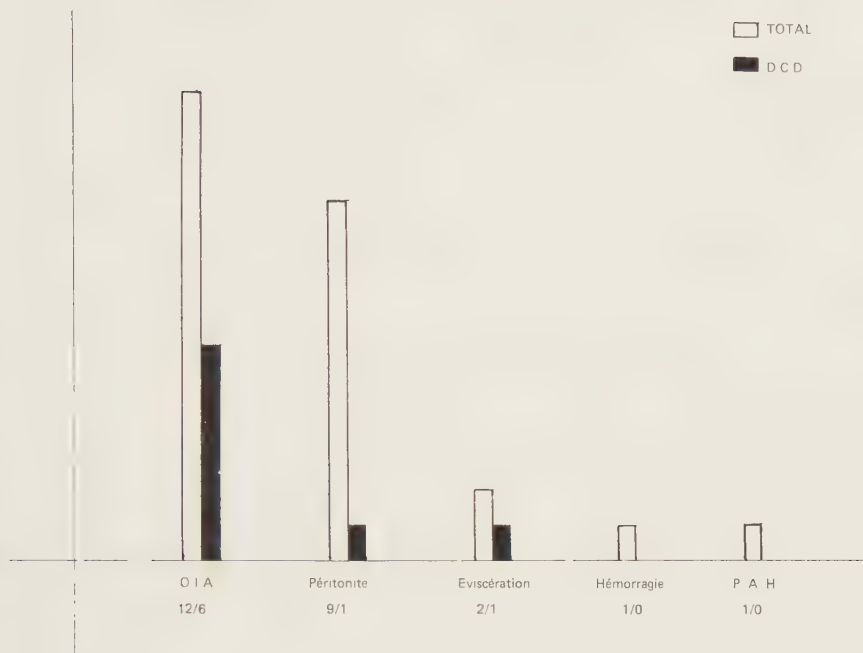
- un quatrième temps de colectomie droite pour maladie de Crohn
- une triple tentative vaine de fermeture d'anus transverse
- deux Hartmann effectués pour tenter de guérir deux fistules graves, l'une au cinquième, l'autre au 120^e jour.

Enfin, trois fistules sont survenues après six opérations :

- Deux après respectivement 4 et 5 tentatives de fermeture d'une colostomie
- la dernière enfin est survenue au cours d'une ultime tentative opératoire de fermeture d'une éviscération compliquant un essai de fermeture d'une deuxième fistule.

Tableau V

Motif des réinterventions à chaud précédant l'apparition de la fistule



Pour se résumer, on peut donc dire que 13 malades ont été réopérés “ à froid ” :

- cinq tentatives de cure de fistule
- quatre tentatives de fermeture d’anus
- trois colectomies en deux temps
- une cystectomie en deux temps,

ce qui porte à 22 le nombre de fistules observées après intervention réglée,

et que 25 ont été réopérés “ à chaud ” :

- 12 fois pour occlusions
- 9 fois pour péritonites
- 2 fois pour éviscération
- 1 fois pour pancréatite
- 1 fois pour hémorragie

ce qui porte à 28 le nombre de fistules observées après intervention pratiquée en urgence (Tableaux V, VI et VII).

Tableau VI

Motif des réinterventions à froid

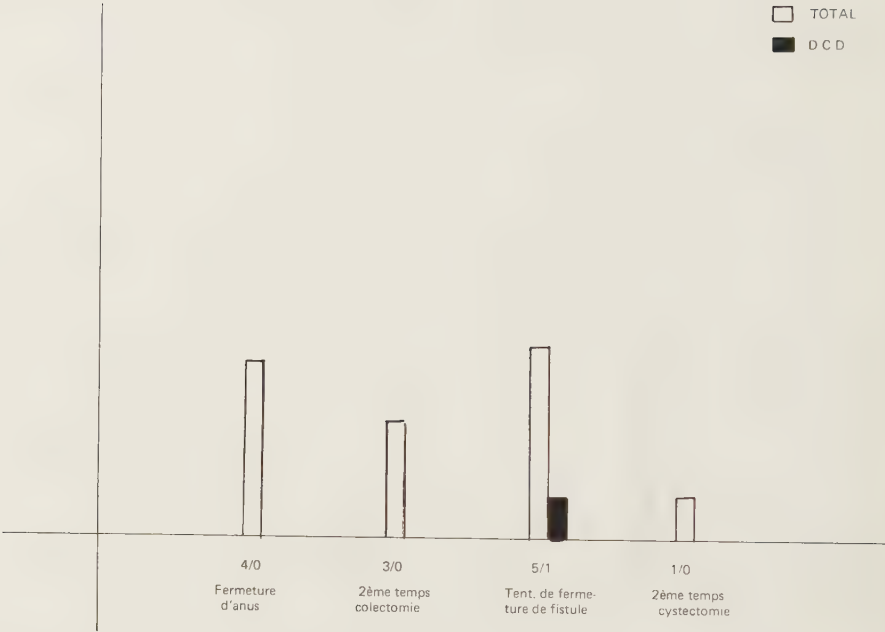
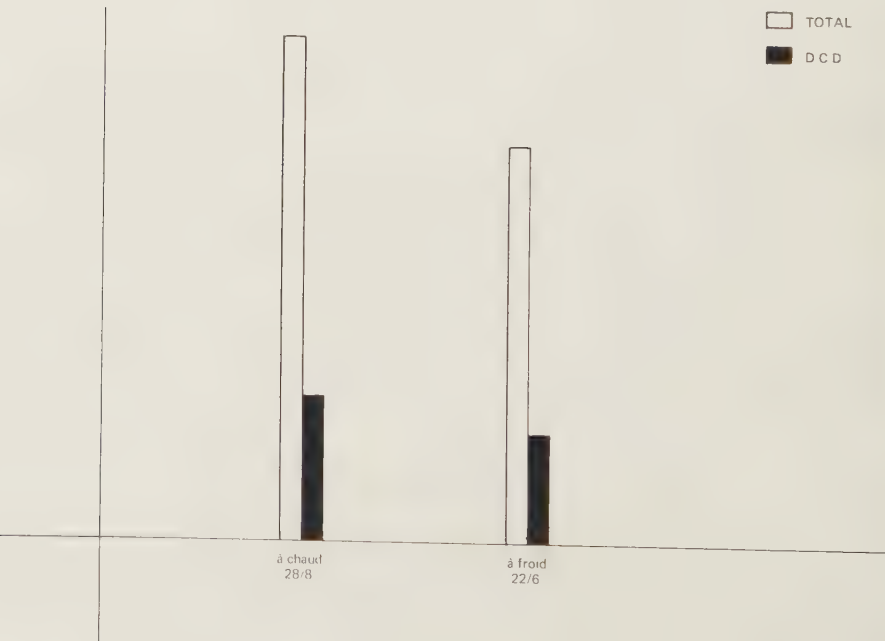


Tableau VII

Circonstances de l'intervention



V - Facteurs prédisposants ou favorisants

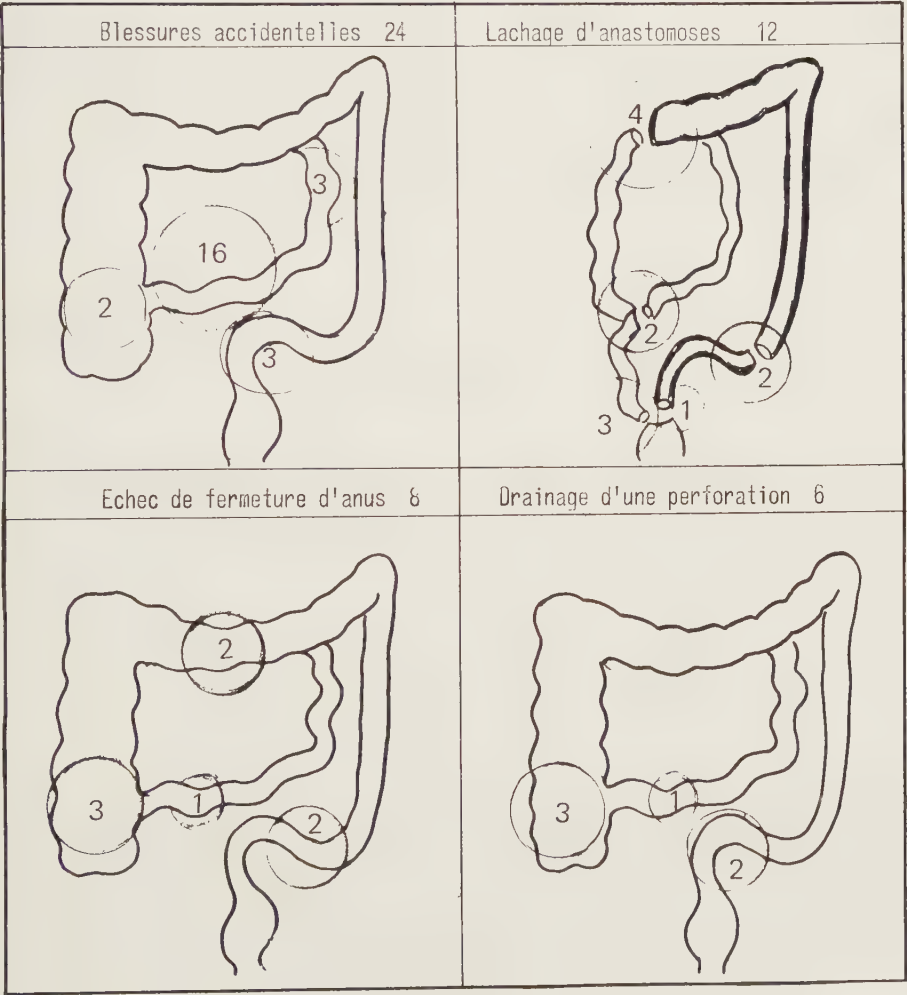
Ils peuvent être d'ordre général ou d'ordre local :

1^e - Facteurs favorisants d'ordre général :

- certains sont liés au terrain :
 - diabétique 4 fois
 - ulcéreux 3 fois
 - éthylique 2 fois
 - artéritique 1 fois

ETIOLOGIE DES FISTULES POST-OPERATOIRES

Schéma n° 3



- certains sont liés à un traitement antérieur :
 - radiothérapie 2 fois
 - traitement corticoïde au long cours 1 fois.

2^e - Facteurs favorisants d'ordre local et peut-être même déterminants.

- l'état antérieur du péritoine, qu'il soit infecté, ou comme nous l'avons vu une fois rempli et incrusté de baryte.
- le drainage, par mèche ou mickulicz, 11 fois
- l'entérotomie de vidange, parfois même la simple ponction d'anses distendues : 4 fois.

VI - Facteurs déterminants (schéma n° 3)

Si au-delà des causes de l'intervention fistulisante, on se penche sur celles probables de la fistule, on s'aperçoit que 24, soit pratiquement une sur deux, sont liées à des blessures de l'intestin, grêle surtout, colon parfois, que 12, soit moitié moins, surviennent par lâchage d'anastomose, que 8 sont des échecs de fermeture de colostomie, et que 6 seulement succèdent à des perforations spontanées... ou presque.

ANATOMO-PATHOLOGIE

“ Considérées d'un point de vue général, les fistules sont des conduits excréteurs accidentels destinés à porter au dehors un liquide physiologique ou pathologique sécrété (Cruveilhier).”

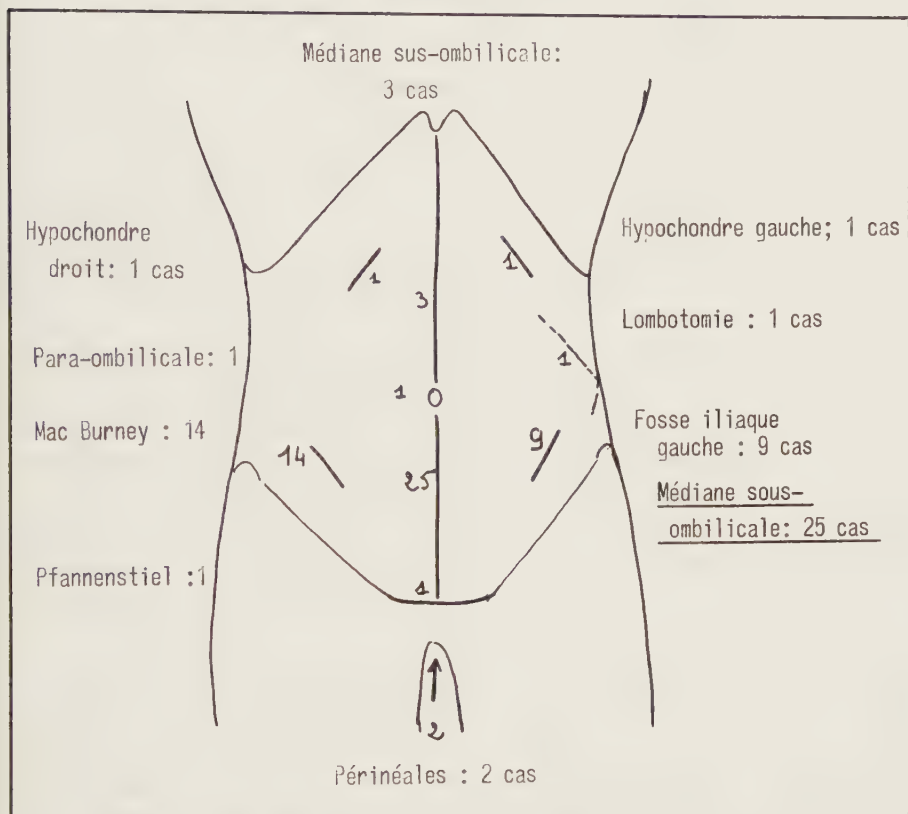
Trois éléments doivent être étudiés :

- Le point de départ, l'origine de la fistule sur le tractus intestinal (Schéma n° 3)
- L'orifice cutané (Schéma n° 4)
- Le trajet intermédiaire.

I. L'orifice profond de la fistule peut siéger n'importe où sur le tube digestif, de l'angle duodénojéjunal à l'ampoule rectale, puisque nous avons exclu de principe de cette étude les fistules duodénales et les fistules anales qui posent chacune des problèmes bien différents.

La fréquence relative des différentes localisations est exprimée dans le Schéma 3 .

REPARTITION TOPOGRAPHIQUE DES FISTULES SUR LA PAROI Schéma n° 4



1^e - Parmi les fistules de l'intestin grêle, on peut distinguer (Tableau X) :

- les fistules hautes du jéjunum. Nous en avons 3 cas. Il s'agit de fistules abondantes, et graves.
- les fistules pures de l'iléon sont les plus nombreuses (16 cas). Elles sont la plupart du temps abondantes, mais 5 de nos fistules iléales pures donnaient moins de 250 ml. Une avait donné bien davantage, mais l'abondance de l'écoulement avait déjà bien diminué lors de l'entrée dans le service. Les 4 autres n'ont jamais beaucoup donné. Sur ces 4, 3 étaient des maladies de Crohn, à fistule pyostercorale, la dernière était une fistule d'anastomose iléo-iléale en amont d'une carcinose péritonéale, et qui, malgré l'obstacle d'aval, n'a jamais été abondante.

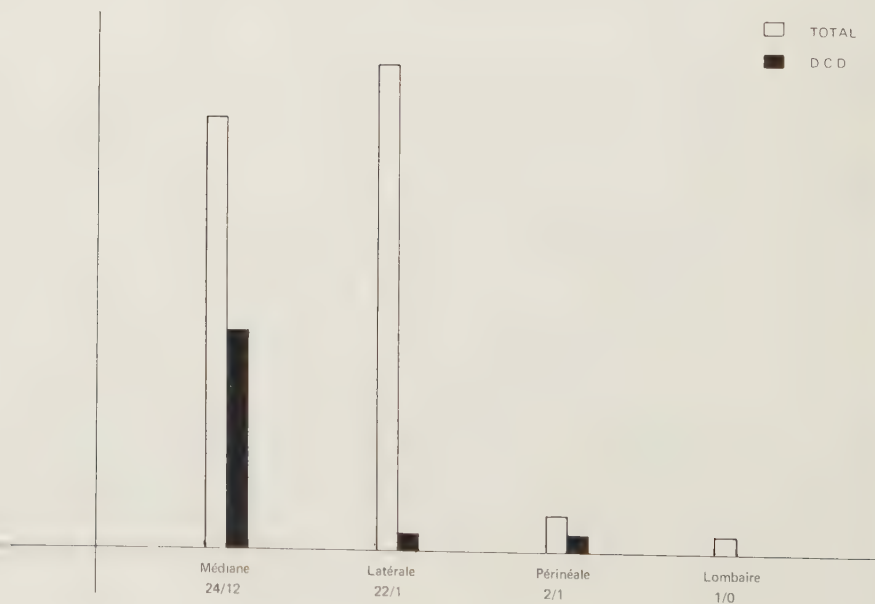
- Ces fistules peuvent être associées à des fistules coliques, gauches (3 cas) ou droites (2 cas), avec plusieurs orifices profonds, un clapier intermédiaire souvent vaste, et un ou plusieurs orifices cutanés.
- Les fistules d'anastomose.
 - iléocolique, soit iléosousangulocolique D, soit iléo-transverse.
 - iléorectale après colectomie totale.

2^e - Parmi les **18 fistules coliques**, on peut distinguer : (Tableau XI)

- les fistules coliques droites (8 cas), souvent consécutives à un échec de fermeture de caecostomie, et auxquelles on rattache les fistules transverses (2 cas).
- les fistules coliques gauches (8 cas) presque toujours sigmoïdiennes, rarement du descendant (1 cas).
- les fistules rectales à la paroi abdominale antérieure sont assimilées aux fistules coliques basses. Elles siègent sur la partie intra péritonéale du rectum pelvien.

Tableau VIII

Siège des fistules



L'orifice se situe en règle au niveau du bord antimésentérique sur le grêle, au niveau de la face antérieure sur le colon. Son aspect et sa taille sont variables : le plus souvent il s'agit d'un orifice à bords nets, plus ou moins régulier, et d'assez petit calibre. Parfois, il peut s'agir d'une ouverture longitudinale, comme nous en avons observé un cas, à cheval sur la valvule iléocaecale. Ce peut être enfin une fuite au niveau d'une anastomose iléo-iléale, iléocolique, iléorectale, colocolique ou colorectale. La désunion est le plus souvent partielle, sur 1/2 à 1 cm parfois hémicirconférentielle, mais la suture peut lâcher complètement comme nous l'avons observé à 2 reprises sur le moignon rectal au décours d'une intervention de Hartmann.

Assez souvent enfin, il s'agit d'un échec de fermeture d'anus après simple excision des berges intestinales et suture. La fistule siège alors aux points d'élection : caecum, anse sigmoïde, plus rarement transverse.

Certaines fistules ont plusieurs orifices profonds, siégeant sur le grêle et le colon droit. ou le grêle et le sigmoïde. Il s'agit toujours de fistules abondantes, dont le pronostic est grave.

Certaines fistules externes peuvent être associées à des fistules internes ; ce cas est habituel dans la maladie de Crohn, mais peut également se rencontrer au cours d'affections inflammatoires comme la sigmoïdite diverticulaire.

II. L'orifice superficiel cutané : (Schéma n° 4 - Tableau VIII)

Il est très souvent situé sur la ligne d'incision de laparotomie. C'est dire la fréquence des fistules médianes, sus et surtout sous-ombilicales, et des fistules de la fosse iliaque droite sur incision de Mac Burney. Nous en avons observé également sur une incision de Pfannens-tiel, sur une lombotomie, par la brèche périnéale d'une amputation du rectum. Ce sont là des cas rares.

Plus fréquentes sont les fistules s'extériorisant par les orifices de drainage, en règle latéraux droits ou gauches, ou par d'anciennes iléon-colostomies. Parfois, enfin, la fistule peut siéger en peau initialement saine, comme on l'observe dans les fistules survenant après incision d'un abcès intra-péritonéal, ou après perforation spontanée.

(Tableau IX)

L'orifice fistuleux est le plus souvent unique (37 cas), mais les fistules multiples, ne sont pas rares (13 cas), que les orifices fistuleux soient proches les uns des autres au niveau d'une même cicatrice, ou au contraire à distance l'un de l'autre, l'un médian, l'autre latéral. Ces orifices peuvent apparaître simultanément ou successivement, mais nous n'avons jamais observé de fistules se fermant à un endroit pour

Tableau IX

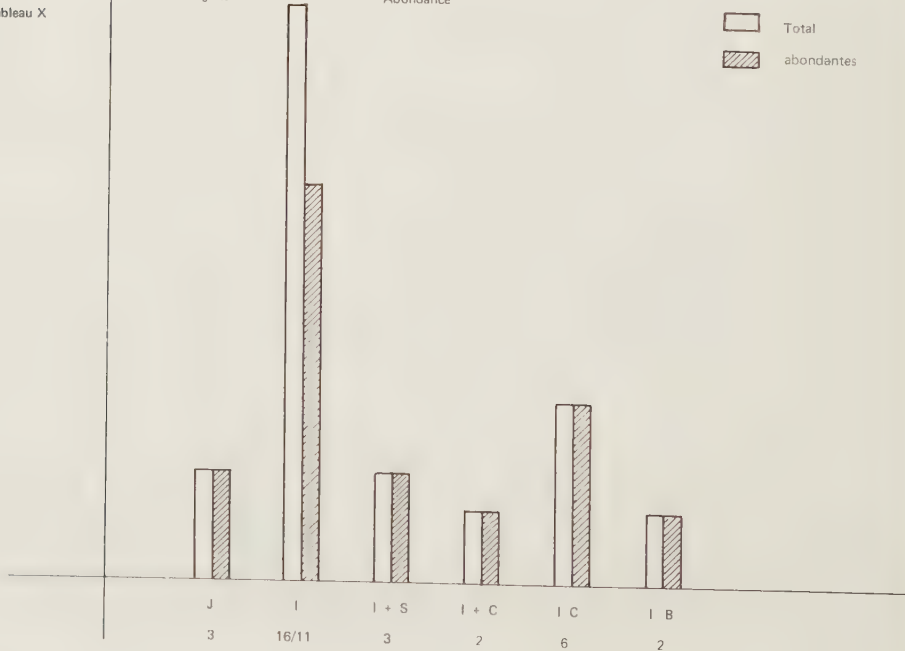
NOMBRE DE FISTULES



Tableau X

Fistule du grêle

Abondance



s'ouvrir à un autre. Quand un autre orifice fistuleux se fait jour au cours de l'évolution d'une fistule, il témoigne d'une aggravation, parfois d'origine iatrogène (après lavement baryté par exemple - nous l'avons observé deux fois). Quand une fistule qui s'était fermée plus ou moins spontanément se rouvre, c'est toujours au même endroit, même si des années se sont écoulées.

L'incidence du siège de la fistule sur le traitement n'est pas négligeable, car si il est plus ou moins facile d'appareiller une fistule abdominale, même latérale, il n'en est pas de même des rares fistules lombaires ou périnéales.

L'aspect de l'orifice cutané a également une grande importance thérapeutique. Un petit pertuis en peau saine sera de traitement plus aisé qu'une vaste brèche anfractueuse, presque toujours médiane et au fond de laquelle s'ouvrent plusieurs orifices fistuleux.

Il faut apprécier l'état des divers plans de couverture :

- La peau est-elle intacte, simplement un peu irritée, ou au contraire, rouge, suintante, extrêmement douloureuse, mise à vif par un processus d'auto-digestion ? Est-elle décollée par une fusée purulente ?
- Les plans profonds sont-ils respectés ou non ? Quelle est la taille de la brèche aponévrotique ? Existe-t-il une éviscération même partielle ?

Fait essentiel qui domine le pronostic, ces lésions superficielles sont des lésions dynamiques. Une fistule limitée au 3^e jour peut devenir une éviscération complète au 5^e. Une peau non protégée peut s'ulcérer sur une paume de main en quelques jours. A l'inverse, des lésions érosives superficielles font paraître l'orifice fistuleux plus grand qu'il n'est en réalité et on aura parfois la surprise de voir ainsi en quelques jours une plaie apparemment phagédénique reprendre des proportions raisonnables.

III. Le trajet intermédiaire est lui aussi des plus variables.

- Parfois c'est la grande cavité péritonéale toute entière : on parle de péritonite ouverte. Il s'agit là d'une éventualité grave, car au retentissement d'une fistule abondante et précoce s'ajoute celui d'une péritonite généralisée doublée d'une occlusion et bien souvent d'une éviscération.
- Souvent le péritoine est cloisonné par des adhérences "salvatrices". Leur organisation va augmenter au fur et à mesure que la fistule passe à la chronicité, réalisant ces longues cheminées aux parois mal dissécables, et dont le trajet peut contourner plusieurs viscères avant de s'ouvrir à la peau.

Tableau XI

FISTULES COLIQUES : ABONDANCE



- Parfois ce trajet intrapéritonéal fait défaut, qu'il s'agisse de fistules siégeant à la face postérieure d'un segment colique accolé, ou bien que l'anse soit venue adhérer à la paroi abdominale antérieure, comme c'est le cas dans les fistules consécutives aux échecs de fermeture de colostomie.
- Tout trajet pariétal peut même disparaître, la muqueuse intestinale s'ourlant à la peau : ce sont les rares fistules labiées, véritables entérostomies, et dont la fermeture spontanée est impossible.

IV. Le liquide rejeté

Son aspect est fonction du niveau de la fistule :

- très liquide, verdâtre, mêlé de débris alimentaires non digérés dans les fistules jéjunales, plus mousseux dans les fistules iléales.
- il devient de plus en plus homogène et de consistance plus épaisse au fur et à mesure que l'on descend le long du colon mais il ne s'agit là que d'un schéma que peuvent venir troubler les perturbations de la sécrétion ou de la motricité intestinale.

- quel que soit son aspect, il peut être mêlé à du pus en plus ou moins grande abondance. Parfois encore peuvent coexister plusieurs fistules, les unes purulentes, les autres digestives

La quantité de liquide excrété est fonction : (Tableaux X et XI)

- du siège de la fistule : Sur 32 fistules du grêle, ou à participation du grêle, 27, soit plus des 5/6^e excrétaient largement plus de 250 ml/j (Tableau X).

Sur 18 fistules colorectales pures, sans participation du grêle, on ne trouve que 3 fistules franchement abondantes, soit 1/6^e (Tableau XI).

- de la taille de la brèche intestinale
- du degré de l'hypersecrétion
- et surtout de l'existence ou non d'un obstacle au transit sous-jacent, que celui-ci soit organique ou fonctionnel.

Elle a, comme nous le verrons (Tableau XIII) une importance pronostique considérable. Par convention tacite, on fixe à 250 ml. par jour la quantité de liquide perdue au-delà de laquelle une fistule devient une fistule abondante.

V. Enfin, avant de clore ce chapitre, il convient de rappeler la fréquence de lésions associées dont la description anatomo-pathologique n'a pas sa place ici, qu'il s'agisse de lésions infectieuses ou tumorales. Le tissu cancéreux peut siéger au niveau même de la fistule, réalisant ces monstrueuses fistules néoplasiques, au-delà de toute ressource thérapeutique.

PHYSIO-PATHOLOGIE

L'étude de la physio-pathologie des fistules entéro-cutanées peut se résumer en trois questions :

- Comment une fistule se forme-t-elle ?
- Quel en est le retentissement ?
- Pourquoi ne se ferme-t-elle pas spontanément ?

I. Mode de formation :

Parmi les trois éléments constitutifs de la fistule, l'orifice cutané est toujours créé par le chirurgien, qu'il s'agisse de l'incision de laparotomie, ou de l'orifice de drainage, ou de colostomie. Le trajet intermédiaire

re est constitué par le jeu des adhérences péritonéales, développées au décours de l'intervention, d'autant plus serrées, plus nombreuses et plus anarchiques, que la contamination et l'hémorragie per-opératoire ont été plus importantes.

Tout le problème est centré sur le mode de survenue de la solution de continuité intestinale. Parmi les nombreux éléments susceptibles d'entrer en jeu, il faut séparer les facteurs favorisant des facteurs déterminants.

Les facteurs favorisant sont d'ordre général ou local. L'artéritique, le diabétique représentent de mauvais terrains chirurgicaux dont les tissus, mal vascularisés, sont particulièrement propices à la nécrose infectieuse ou ischémique. Les traitements corticoïdes au long cours, la radiothérapie à forte dose, inhibent les mécanismes de la cicatrisation et de la défense antibactérienne.

Sur le plan local, l'occlusion détermine la distension des anses, l'oedème pariétal, l'anoxie tissulaire, la stase intestinale, la pullulation microbienne. L'infection péritonéale ou intestinale emflamme et paralyse les anses, augmente le débit sanguin tout en ralentissant la vitesse circulatoire, entraîne oedème et anoxie tissulaires, rend les parois intestinales fragiles et favorise la désunion des sutures.

Les facteurs déclenchants ou déterminants sont d'ordre chirurgical. Il peut s'agir du geste chirurgical lui-même : malfaçon de l'anastomose, blessure accidentelle d'une anse plus ou moins bien réparée, et la fistule va apparaître dès les premiers jours post-opératoires. Ces fistules précoces revêtent volontiers le type de la péritonite ouverte et sont particulièrement graves.

Il peut s'agir également de l'ouverture volontaire d'une anse, et nous voudrions ici nuancer les indications de l'entérotomie de vidange, et même de la simple ponction au trocard de Potain, sur un intestin distendu, à contenu hyperseptique, chez des sujets dénutris et épuisés par plusieurs réinterventions successives.

Il peut s'agir encore du complément trop souvent obligé du geste chirurgical : le drainage. Sont particulièrement dangereux les drainages par mèche ou sac de Mickulicz placé au contact d'anses enflammées ou d'une suture digestive ; de même les gros drains de caoutchouc rigides peuvent se montrer extrêmement traumatisants. Si ces drains sortent par la médiane, ils constituent en outre un facteur non négligeable d'éviscération.

Il peut s'agir enfin d'une complication fréquente : l'iléus post-opératoire, mécanique, fonctionnel ou mixte. Toute étiologie mise à part : il entraîne la distension des sutures, la stase intestinale, la pullulation microbienne, l'anoxie cellulaire. Dès lors, la suture la mieux faite, la brèche la mieux réparée, une zone de simple contusion vont peu à

peu se nécroser ; le contenu intestinal va progressivement filtrer ; le péritoine va enclore cette fuite constituer un abcès, responsable de la fièvre désarticulée caractéristique de la période qui précède l'apparition retardée de la fistule. Le pus va suivre la ligne de moindre résistance, l'incision de laparotomie ou de drainage et apparaître à la peau après un délai de quelques jours à quelques semaines.

Rarement, l'abcès péri-anastomotique ainsi créé va lentement se résorber sous l'influence du traitement médical, et la fistule restée borgne sera une surprise d'examen radiologique de contrôle, après une période de troubles post-opératoires mal élucidés jusque là.

Il est enfin des cas mystérieux où la fistule survient des années après une intervention jusque là bien supportée, en l'absence de toute maladie fistulisante. Il faut noter cependant que ces fistules, de faible débit, sont précédées le plus souvent par l'élimination d'un fil.

II. Les facteurs de persistance

Cruveilhier disait, voilà plus d'un siècle : " La solution de continuité est un élément secondaire, subordonné à la cause qui l'entretient, car la cause une fois détruite, la solution de continuité tend essentiellement à la guérison."

La première de ces causes est sans conteste l'obstacle d'aval, dont la recherche soigneuse et la levée représentent les gestes sine qua non de la guérison d'une fistule.

Mais si la parfaite liberté d'aval est la condition nécessaire et suffisante à l'obturation des fistules biliaires et urinaires, il n'en est pas de même des fistules intestinales. Les raisons en sont multiples : le péristaltisme permanent des anses rend difficile la " contraction " tissulaire, indispensable à la cicatrisation. La suppuration, si souvent associée et constamment entretenue dans les fistules du colon et à un moindre degré du grêle, rend impossible la fermeture spontanée. L'activité trypsique du liquide écoulé dans les fistules hautes et la digestion tissulaire qu'elle entraîne contribue pour sa part à l'entretien de ces fistules.

III. Le retentissement

Est fonction de l'abondance du liquide écoulé, du siège de la fistule, de l'existence ou non d'infection majeure associée, du délai écoulé, avant la mise en route de la réanimation. Schématiquement, on peut retenir trois possibilités :

1^{re} - **La fistule** abondante, **très haute**, située à moins d'un mètre de l'angle duodéno-jéjunal, est incompatible avec une survie prolongée et nécessite une thérapeutique complexe médico-chirurgicale.

2^e - La fistule iléale “ habituelle ”, perd chaque jour un demi à trois litres et plus d'eau, cinquante à cent cinquante milliéquivalents de Na⁺, six à trente milliéquivalents de K⁺, 80 à 125 milliéquivalents de Cl⁻, 20 à 35 milliéquivalents de CO₃H⁻. Seul, le dosage des ions dans le liquide recueilli permettra de juger exactement les pertes quotidiennes.

A ces pertes hydro-électrolytiques s'ajoutent des pertes de substances bio-énergétiques parmi lesquelles les mieux connues sont les protéines. La spoliation est liée à l'exsudation plasmatique au niveau des anses en amont de la fistule, à l'hypercatabolisme observé au niveau des foyers septiques intra ou extra intestinaux, et à l'hypersecrétion intestinale propre aux occlusions.

La chute du taux des protides sanguins, trop souvent masquée par la déshydratation, est le témoin de ces pertes excessives, non compensées par un apport alimentaire nul ou insuffisant. La chute du taux de cholestérol plasmatique traduit l'insuffisance de réabsorption du cholestérol biliaire, aggravé par l'absence d'apport exogène.

La dénutrition ainsi réalisée peut être accentuée par des troubles de la digestion, et peut-être de l'absorption, liées à l'augmentation de vitesse du transit intestinal associée à la brièveté du trajet utile. L'accélération du transit peut être facilement mesurée par le temps de réapparition d'un indicateur coloré au niveau de la fistule après ingestion orale

Parmi les facteurs aggravants, il faut encore citer les carences vitaminiques diverses, les troubles du fonctionnement hépatique, dont témoignent la chute du taux des facteurs de coagulation plasmatique, l'hyperbilirubinémie indirecte, et la chute du taux d'estérification du cholestérol.

Ce syndrome carentiel s'installera d'autant plus rapidement que la fistule est plus haute sur le tube digestif, de débit plus abondant, et que la réalimentation sera plus retardée. Les conséquences en sont la perte de poids progressive allant jusqu'à la cachexie, les escarres, les oedèmes de carence, et la mort à plus ou moins longue échéance.

3^e - Toute autre est la fistule colique.

L'écoulement, sauf en cas de diarrhée profuse, dépasse rarement 500 millilitres et reste habituellement inférieur à 250 ml.

Les pertes hydroélectrolytiques sont moindres, d'une part parce que l'écoulement est moins abondant, et d'autre part, parce qu'une partie des ions a déjà été réabsorbée. Elles sont donc plus faciles à compenser. Les pertes protidiques sont insignifiantes en l'absence d'infection grave. La vitesse du transit est normale ; l'absorption et la

digestion se font à peu près normalement, à l'exception de la fraction glucidique dégradée au niveau du colon.

La tendance à la fermeture de quelques unes des fistules coliques est d'ailleurs bien connue ; segment intestinal peu mobile, écoulement peu abondant, bon équilibre nutritionnel réalisent autant d'éléments expliquant ces guérisons spontanées.

Mais il s'agit là de schémas que peuvent venir bouleverser des résections intestinales plus ou moins étendues, et surtout l'infection intra ou extra intestinale.

IV. Les complications

1^e - Celles-ci sont dominées en fréquence comme en gravité par l'infection, locale ou à distance, au niveau de la fistule ou dans le péritoine, la plèvre, le poumon, l'arbre urinaire.

Ces suppurations interminables aggravent la spoliation protidique, épuisent les moyens de défense de l'organisme, peuvent à tout moment se compliquer de septicémies, de septicopyohémies, de traitement difficile et aléatoire. Elles peuvent être responsables d'amylose ; nous ne l'avons pas personnellement observé.

2^e - Les phébothromboses des membres sont fréquentes, souvent latentes, parfois mortelles.

3^e - La lithiase rénale est de pathogénie complexe où s'associent décubitus, hyperconcentration des urines, infection urinaire à rechutes, troubles du métabolisme phospho-calcique.

4^e - Les septicémies veineuses subaiguës ne sont pas rares, chez ces malades dont les vaisseaux sont indéfiniment ponctionnés, dénudés, et cathétérisés avec plus ou moins d'aseptie.

5^e - L'extrême temporisation, nécessairement assortie d'une réanimation bien menée, peut, là comme ailleurs, conduire à une véritable impasse. Les complications, mêmes mineures, s'ajoutent les unes aux autres et finissent par rendre le problème thérapeutique, tant médical que chirurgical, à peu près insoluble.

SEMEIOLOGIE

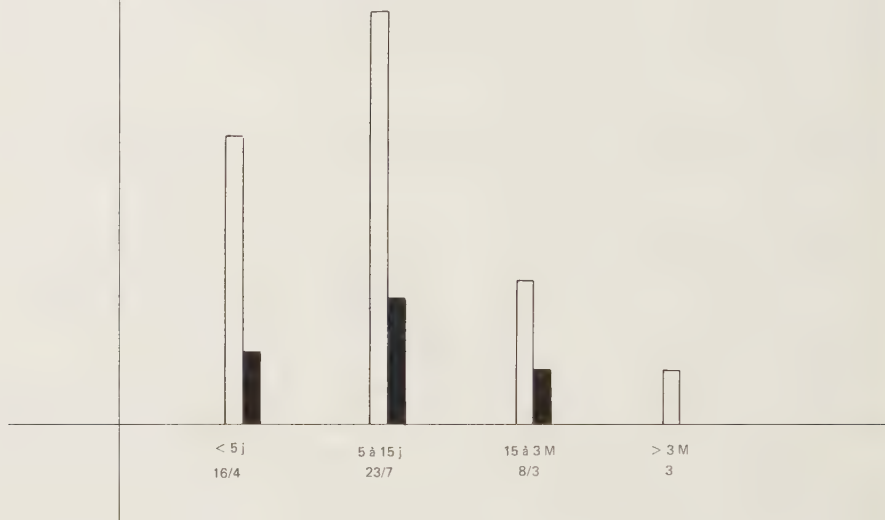
Nous envisagerons successivement les circonstances d'apparition, les principaux caractères cliniques et biologiques et enfin les éléments du diagnostic de siège des fistules entérocutanées.

Tableau XII

DELAI D'APPARITION DES FISTULES

□ TOTAL

■ D C D



I. Circonstances d'apparition (Tableau XII)

La date à laquelle une fistule se fait jour à l'extérieur est un élément important de mécanisme et de siège.

1^e - Les fistules survenant au décours immédiat d'une intervention ou dans les 4 premiers jours sont le plus souvent des péritonites ouvertes, accompagnées ou non d'éviscération partielle ou totale. Elles sont abondantes et graves, mettant en jeu le pronostic vital immédiat.

2^e - La plupart des fistules surviennent entre le 5^e et le 15^e jour, un peu plus tôt peut-être dans les fistules du grêle que dans les fistules coliques. Elles sont précédées par un syndrome préfistuleux, associant 4 éléments :

- un transit qui ne reprend pas franchement dans les délais habituels, ou au contraire, une diarrhée précoce.
- une fièvre irrégulière, parfois désarticulée, souvent modérée, que n'expliquent ni l'état pulmonaire, ni l'état urinaire ou veineux et qui, fait essentiel, chute à l'apparition de la fistule.
- une altération progressive de l'état général et du faciès, des perturbations biologiques non contrôlées par une réanimation correcte.

— enfin, l'apparition ou l'augmentation d'un écoulement par l'incision ou par le drainage, et qui est souvent d'abord séro-sanguant ou purulent, avant de devenir franchement fécaloïde. Dans les cas douteux, c'est la réapparition, plus ou moins précoce, dans le drain ou par la médiane du bleu de méthylène ingéré par le malade qui vient signer la fistule digestive et commande la mise en route immédiate du traitement.

3^e - Certaines fistules surviennent des mois ou des années après l'intervention initiale sous forme d'un abcès, en apparence spontané, dont l'incision laisse couler un liquide fécaloïde et des matières plus ou moins liquides.

II. - Caractères cliniques

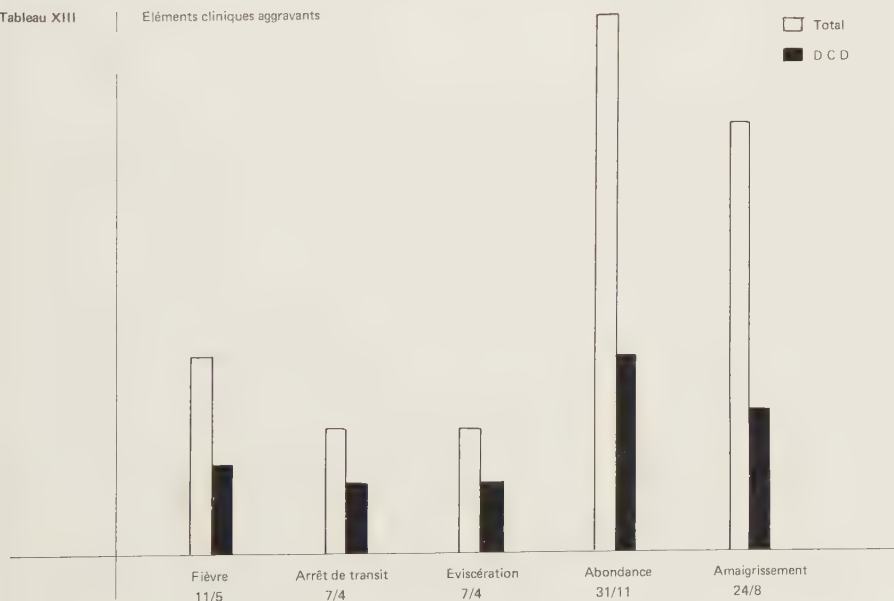
L'examen clinique permet d'opposer deux grands types de fistules : la fistule dite bénigne et la fistule dite grave.

1^e - La fistule dite **bénigne** est caractérisée par le peu d'abondance de son écoulement, inférieur à 250 ml par jour, son origine assez souvent colique, et l'absence de retentissement sur l'état général.

La fistule est unique, plus souvent latérale que médiane, de petite taille, la peau alentour est à peine irritée, l'amaigrissement est modéré ou absent, le pouls, la tension artérielle, la température sont normaux ; le transit se fait par les voies naturelles, la diurèse est bonne, les différentes constantes biologiques usuelles ne sont pas modifiées.

Tableau XIII

Eléments cliniques aggravants



2^e - Tout autre est le tableau des fistules graves (Tableau XIII)

La fistule est plus souvent médiane que latérale, elle peut être multiple, que les orifices fistuleux soient proches les uns des autres, en véritable pomme d'arrosoir, ou éloignés, l'un médian, l'autre, ou les autres, latéraux.

Les cicatrices d'incision par où s'est fait jour la fistule, sont largement désunies, à bords réguliers, anfractueux, parfois décollés par un abcès fusant à distance et pouvant relier plusieurs orifices fistuleux.

La peau aux alentours est toujours irritée, enflammée, parfois franchement attaquée par les enzymes protéolytiques du liquide sécrété, rouge, à vif, atrocement douloureuse, spontanément et au moindre contact.

L'écoulement est abondant, supérieur à 250 ml par jour, atteignant souvent un litre, si ce n'est deux ou plus. Le liquide écoulé est verdâtre, spumeux, contenant parfois quelques bribes de matières solides ou des débris d'aliments. Il sera soigneusement recueilli pour en apprécier la quantité et la composition chimique et enzymatique.

La vitesse d'élimination des indicateurs colorés, bleu de méthylène, carmin, ou, plus simplement carotte râpée, est très accélérée. La durée du transit est souvent inférieure à 45 minutes, alors même que la longueur d'intestin en circuit est encore importante.

Tableau XIV

Malades fébriles à l'arrivée



L'examen de l'abdomen ne se bornera pas à celui de la fistule. On recherchera attentivement et quotidiennement un météorisme, une défense, un empâtement, un point douloureux abdominal ou du Douglas.

Le retentissement sur l'état général est constant, mais parfois retardé de 24 à 48 h. Il faut savoir ne pas l'attendre pour mettre en route une réanimation intensive :

Les modifications du faciès sont souvent les premières en date : traits tirés, yeux cernés, joues creuses, nez pincé, ne peuvent laisser douter dès l'inspection de la gravité de la situation.

Le pouls est souvent accéléré, la tension artérielle basse ou pincée, la diurèse basse, traduisant le choc hypovolémique engendré par la fistule.

La température doit être revenue à la normale ; toute réascension, toute persistance au-delà du 3^e-4^e jour, doivent faire craindre et rechercher une complication infectieuse ou thromboembolique (Tableau XIV).

L'amaigrissement est vite important : 10 %, 20 % du poids du corps représentent une perte courante. Une de nos malades a perdu jusqu'à 50 % de son poids total.

Le transit par voie basse peut être interrompu, caractéristique des fistules totales. Il peut persister, volontiers sous la forme d'une diarrhée, aggravant encore la spoliation hydro-électrolytique.

Le degré de déshydratation extra ou intra cellulaire sera apprécié par le tonus des globes oculaires et la persistance du pli cutané dans la région sous-claviculaire, pour l'une, la soif et la sécheresse de la bouche pour l'autre.

Enfin, le retentissement psychologique devra toujours être pris en considération chez ces malades épuisés moralement et physiquement par plusieurs interventions successives, assoiffés, inappétents, craignant l'examen et la mobilisation. Tout devra être mis en oeuvre pour mettre ces malades en confiance, et apaiser leurs douleurs et leur angoisse.

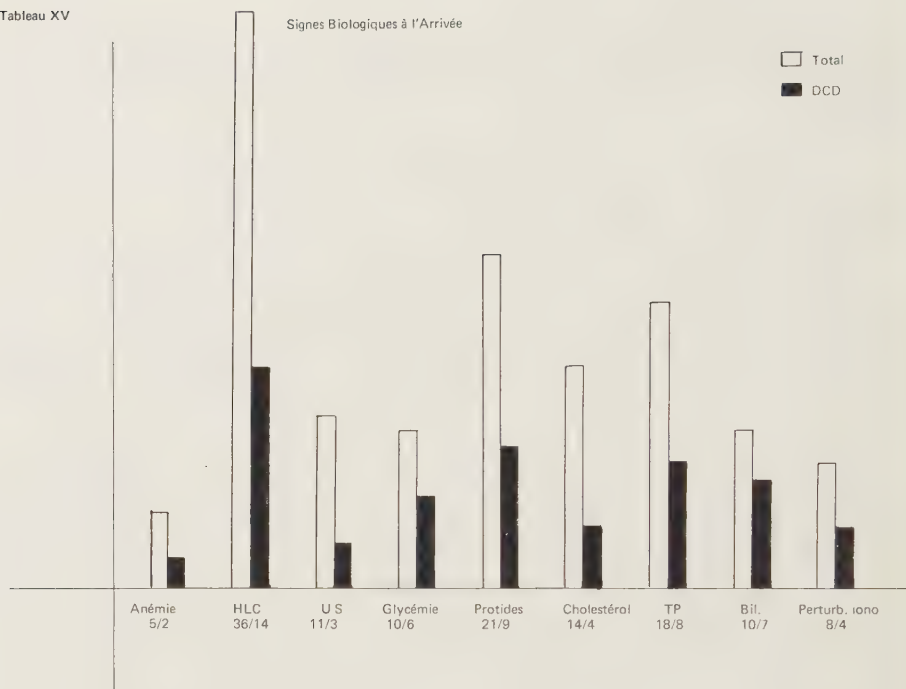
III. Caractères biologiques (Tableau XV)

Le sens des perturbations biologiques est univoque avant tout traitement, même si leur degré est variable.

1^e - La numération formule sanguine

- L'anémie est souvent masquée par l'hémoconcentration, et n'apparaîtra qu'à la correction de celle-ci. Elle est de mécanisme et de traitement complexes.
- L'hyperleucocytose est constante au début, souvent mo-

Tableau XV



dérée aux alentours de 10 à 12.000. Plus élevée, vers 15, 20.000, elle doit faire craindre un abcès profond.

2e - Le ionogramme est perturbé dans le sens de l'hypoionémie :

- Hypochlorémie
- Hyponatrémie
- Hypokaliémie, sauf en cas d'insuffisance rénale
- Acidose métabolique avec chute de la réserve alcaline
- Hypomagnésémie, hypocalcémie, pouvant être responsables de tétanie.

Ces chiffres ne prennent toute leur valeur qu'en les comparant à l'élimination urinaire des électrolytes.

3e - La glycémie est normale, parfois abaissée dans les fistules très graves. Si elle est augmentée, elle peut être le seul signe d'un état para-diabétique que viendra confirmer l'hyperglycémie provoquée.

4e - L'augmentation de l'urée sanguine doit être interprétée avec circonspection :

- Elle peut traduire une déshydratation extra-cellulaire avec hypercatabolisme azoté, qu'affirmeront l'oligurie et la forte

concentration uréique urinaire supérieure à 20 grammes par litre.

- Elle peut accompagner une hyponatrémie dont seule la correction ramènera l'azotémie à la normale.
- Elle peut enfin traduire une insuffisance rénale vraie, de mécanisme non complètement élucidé et de très sombre pronostic.

5^e - Les protides totaux sont toujours abaissés dans les fistules durant plusieurs jours, aux alentours de 50, 60 grammes par litre, parfois inférieurs à 40 grammes pour mille.

6^e - Le cholestérol nous semble être le meilleur reflet de l'état de dénutrition. Son abaissement est plus précoce et plus constant que celui des protéines et sa réascension plus lente. Il est en effet constamment diminué, inférieur à 1,60 g, parfois inférieur au gramme. La chute du rapport d'estérification traduit la défaillance hépatique, que viennent confirmer l'abaissement du **taux de prothrombine**, en dehors de tout traitement anti-coagulant, et **l'hyperbilirubinémie**. Cette atteinte de la fonction hépatique est un facteur péjoratif indiscutable.

7^e - Le prélèvement bactériologique est presque toujours positif au niveau de la fistule, que celle-ci soit d'origine iléale ou colique. Les germes retrouvés (Tableau XVI) sont par ordre de fréquence le protéus, le pyocyanique, l'entérocoque et divers Gram négatifs. Les germes varient souvent d'un examen à l'autre, et peuvent s'associer ou s'exclure. Il est utile d'en demander un antibiogramme, en sachant qu'il est extrêmement difficile d'obtenir une mesure des taux bactéricides des antibiotiques usuels sur des Gram négatifs, et que l'extrême plasticité de ces germes rend en outre cette mesure fallacieuse. Les mêmes germes, ou parfois d'autres, pourront être retrouvés dans le sang, par hémoculture, dans les urines après centrifugation ou au niveau d'un foyer suppuré à distance, péritonéal ou pleural.

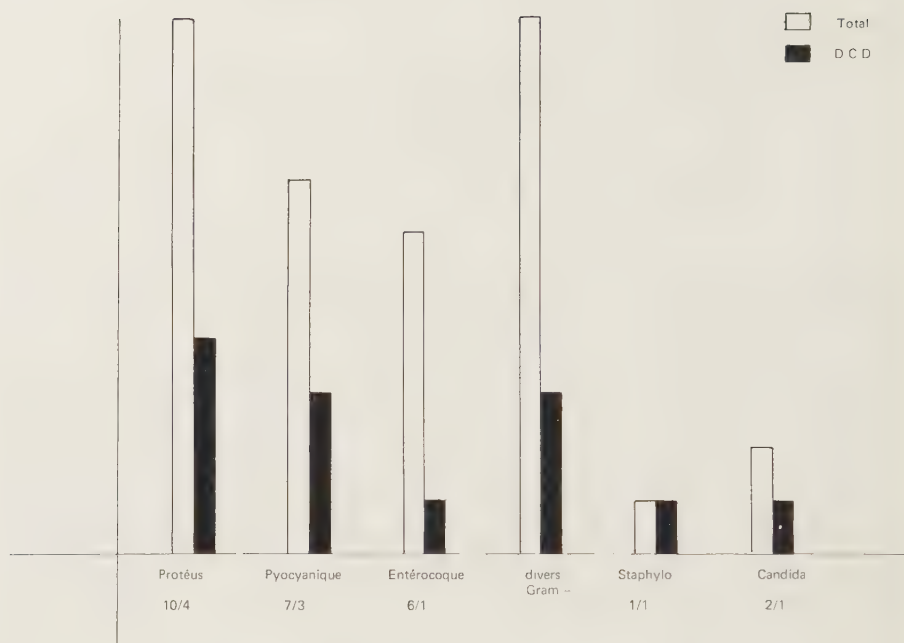
IV. Eléments du diagnostic de siège

Quels que soient l'abondance et le retentissement de la fistule, il importe de déterminer de façon aussi précise que possible le point d'origine de la fistule. Pour faire ce diagnostic de siège on doit s'aider :

1^e - Du ou des comptes-rendus opératoires précédents : le malade a-t-il subi une résection intestinale, une entérotomie, une simple ponction ? Le chirurgien a-t-il signalé une libération d'anses laborieuse, une blessure opératoire immédiatement réparée, un aspect un peu douteux de l'intestin ? Mais ceci n'a qu'une valeur d'orientation ; la fistule

Tableau XVI

Bactériologie



peut siéger en amont ou en aval d'une anastomose parfaite, et ce sont surtout les blessures passées inaperçues qui risquent de fistuliser.

2^e - L'Etude du liquide recueilli est un élément plus sûr :

- très abondant, verdâtre, spumeux, homogène, à forte activité trypsique, il indique une fistule haute, que viendra confirmer un temps de transit inférieur à 2 heures.
- peu abondant, forme de matières plus ou moins diarrhéiques, mêlées de gaz, sans activité trypsique, à transit supérieur à 4 h., il évoque une fistule colique.
- mais il est de nombreux cas intermédiaires : d'authentiques fistules iléales ne donnent parfois que quelques ml par jour. A l'inverse, l'hypersecrétation, l'hyperpéristaltisme si fréquents dans les fistules graves, peuvent faire prendre pour une fistule du grêle une fistule du colon droit ou même du transverse. Enfin, les fistules associées grêle-colon droit ou gauche ne sont pas rares.

3^e - C'est dire que presque toujours, on sera amené à pratiquer des examens radiologiques dès que la fistule sera stabilisée. Il faut en effet, se méfier des examens radiologiques barytés trop précoces, et notamment du lavement baryté, qui par deux fois, nous a semblé aggraver con-

sidérablement la fistule, avec augmentation brusque de débit de celle-ci, et apparition d'autres orifices fistuleux.

- **le transit du grêle** fournit des renseignements précieux, non seulement sur le siège de la fistule, mais aussi sur la rapidité du transit l'existence de lésions de la paroi intestinale.
- **le lavement baryté** permet de mettre en évidence les fistules coliques, de préciser l'existence ou l'absence d'un obstacle d'aval quel que soit le siège de la fistule.
- mais parfois, ces deux examens sont soit impossibles à réaliser sur des malades en trop mauvais état général, soit négatifs, ce qui n'est pas exceptionnel.
- ce sera alors la **fistulographie** à la diodone, en suivant la progression de celle-ci à la télévision qui permettra de préciser le point de départ de la fistule, la longueur du trajet fistuleux, et l'existence d'éventuels diverticules borgnes.

V. La recherche de complications

Doit être systématique dès le premier examen, surtout si l'on ne voit le malade qu'après un certain temps d'évolution, en confrontant les données d'un examen clinique complet, à celles fournies par la biologie, la radiographie pulmonaire, le culot urinaire, et éventuellement la ponction exploratrice pleurale ou sous-phrénique.

EVOLUTION - COMPLICATIONS

Le traitement mis en route, il faudra apprécier son efficacité sur un certain nombre de critères :

1^e - Cliniques

- modifications de la taille de la fistule par des calques successifs
- aspect des bords de celle-ci, bourgeonnants ou atones.
- abondance du liquide écoulé qui doit être recueilli quotidiennement.
- courbe thermique, la température étant prise éventuellement toutes les 3 heures pour dépister un clocher fugace et guider l'hémoculture.

- courbes de pouls et de la tension artérielle toutes les 6 ou toutes les 12 heures.
- courbe de poids, et sans méconnaître les problèmes pratiques qu'elle soulève, la pesée devra être bi-hebdomadaire, voire quotidienne.
- courbe de diurèse.
- reprise ou normalisation du transit.
- amélioration ou aggravation du faciès, de l'asthénie, de l'inappétence.
- l'examen clinique sera complet tous les jours ou tous les deux jours, pratiqué par la même personne, mais en sachant faire appel à autant de spécialistes qu'il peut être nécessaire.

2^e - Biologiques

- Ionogramme sanguin et urinaire
- urée sanguine et urinaire
- numération formule sanguine

seront d'abord quotidiens puis tous les deux jours, puis hebdomadaires.

- les taux de protides, de cholestérol, de prothrombine, de bilirubine, seront bi-hebdomadaires, puis hebdomadaires ou bi-mensuels.

Dès lors, plusieurs types **d'évolution** sont possibles :

- la guérison rapide
- l'amélioration simple
- la détérioration progressive ou rapide, plus ou moins liée à de multiples complications et évoluant spontanément vers la mort.

1^e - La guérison rapide

- l'écoulement fistuleux diminue d'abondance, le liquide d'irrigation revient de plus en plus clair, bientôt même le sens de la fistule s'inverse, une partie du liquide perfusé localement est réaspiré par l'intestin.
- la brèche pariétale est souvent plus longue à se colmater.
- parallèlement, l'état général se transforme, le malade prend du poids, retrouve des couleurs et de l'appétit, son transit

se régularise tandis que les constantes biologiques se normalisent.

- la fermeture complète de la fistule est obtenue en un temps variable, mais qui, fait capital, **n'a jamais dépassé dans notre expérience 45 jours**. (Tableau XVII). Toute fistule qui n'est pas cicatrisée après 6 semaines de traitement médical correct doit être considérée comme une fistule chronique et confiée au chirurgien, si l'état clinique et biologique le permettent.
- cette guérison peut se maintenir définitivement ; elle peut n'être que temporaire, la fistule se rouvrant après un délai de quelques jours à quelques mois.

2e - L'amélioration simple est l'évolution la plus fréquente. Elle correspond à une guérison incomplète, et doit être considérée comme une mise en condition à l'intervention.

- Localement, l'état cutané s'améliore, la brèche se rétrécit, parfois les fistules accessoires, latérales, se ferment, mais il en persiste au moins une, le plus souvent médiane, à bords atones, ne bourgeonnant pas, qui peuvent même s'épithélialiser. Ces modifications morphologiques de la fistule sont fondamentales pour juger des possibilités de cicatrisation. C'est pour en apprécier le potentiel histologique, qu'on a pu proposer la biopsie des berges.

Tableau XVII

Délai de fermeture des fistules sous traitement médical

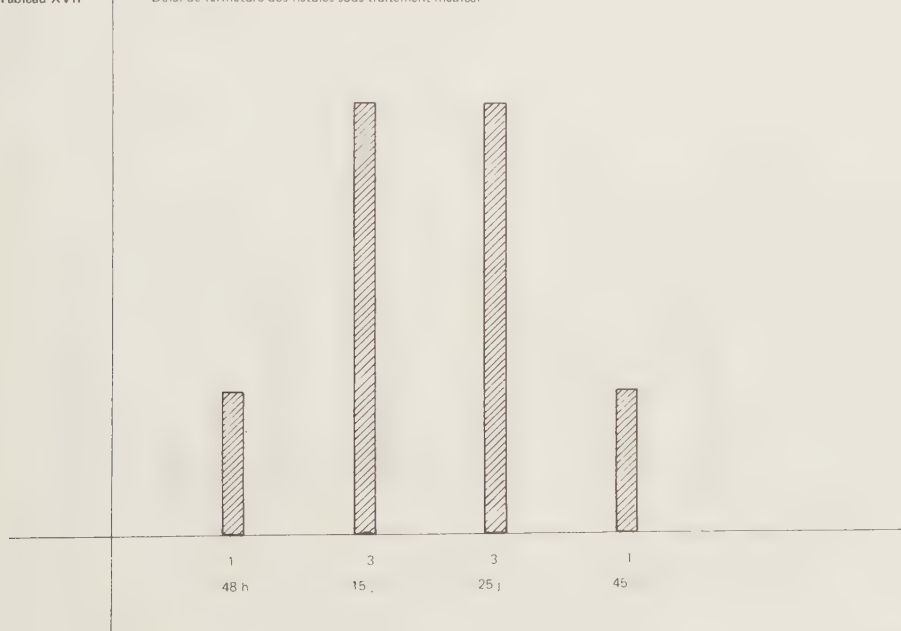


Tableau XVIII

Evolution sous traitement médical pur

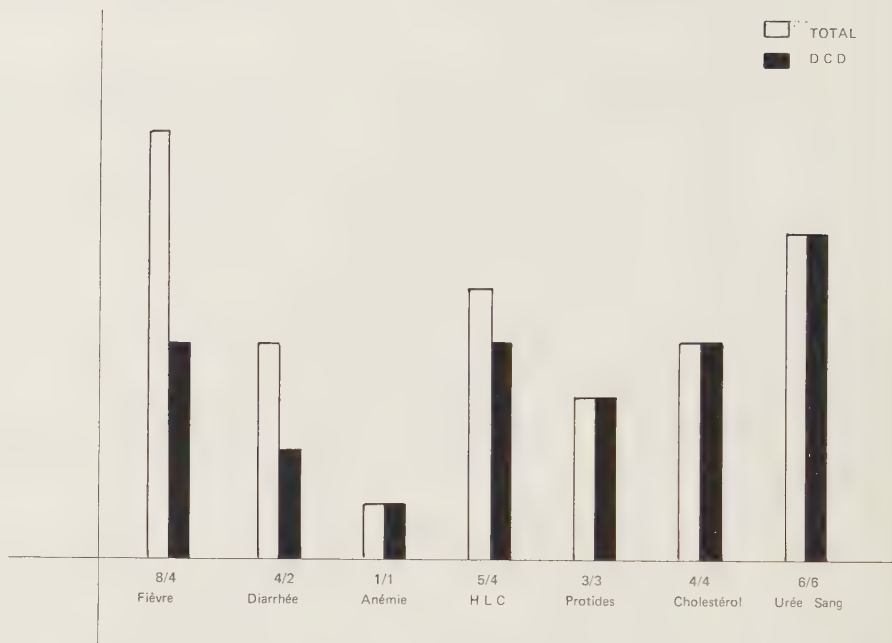
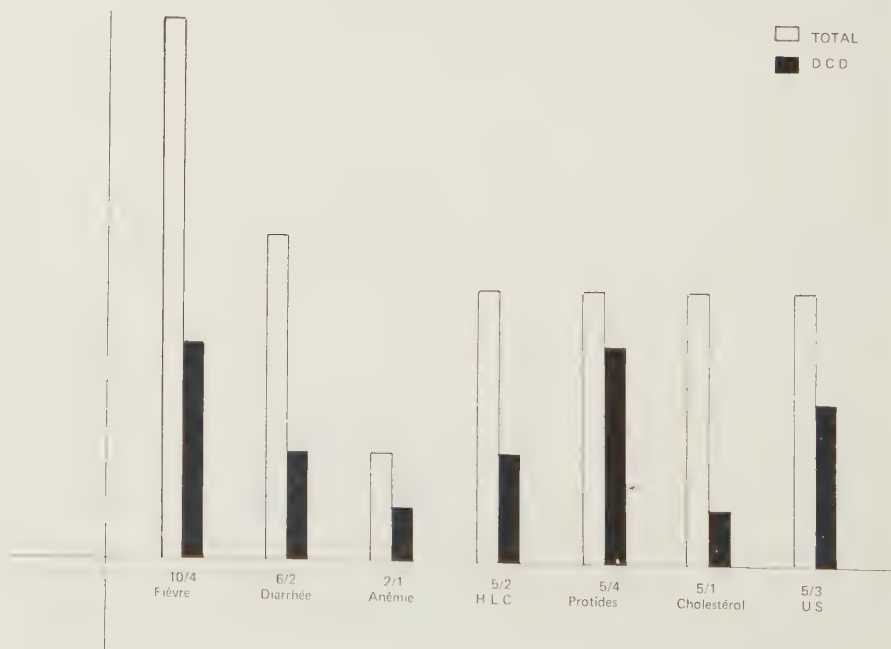


Tableau XIX

Evolution dans les cas ayant été secondairement opérés



- L'abondance de l'écoulement diminue d'abord pour se stabiliser autour de 300 à 500 ml par jour, parfois moins, avec des alternances de rétention et d'évacuation.
- En même temps l'état général s'améliore mais stagne. La courbe de poids remonte et se stabilise, la température reste normale, l'anémie est contrôlée, l'hyperleucocytose régresse, l'ionogramme se normalise, les protides remontent à 70 - 80 grammes, le taux de cholestérol revient plus lentement à 1,70 gramme, 1,80 gramme.

Il ne faut pas laisser passer l'heure chirurgicale, et opérer ces malades en profitant de l'amélioration procurée par la réanimation. La comparaison des tableaux XVIII et XIX montre bien que dans les cas où les perturbations biologiques apparaissent ou s'aggravent, malgré une réanimation scrupuleuse, la seule chance de survie, si faible soit-elle, est chirurgicale.

3e - La détérioration progressive peut survenir d'emblée chez des malades âgés, porteurs de tares respiratoires cardiaques ou rénales, d'autant plus que la fistule sera plus haute, le débit plus abondant, la réanimation tardive ou mal conduite, laissant s'instaurer des désordres biologiques graves. Mais elle peut survenir également après une période d'amélioration plus ou moins transitoire, au cours d'une réanimation correcte mais trop prolongée. Elle traduit souvent l'apparition de complications.

III. Les complications (Tableau XX)

Parmi celles-ci, deux dominent par leur fréquence et leur gravité le pronostic des fistules entérocutanées :

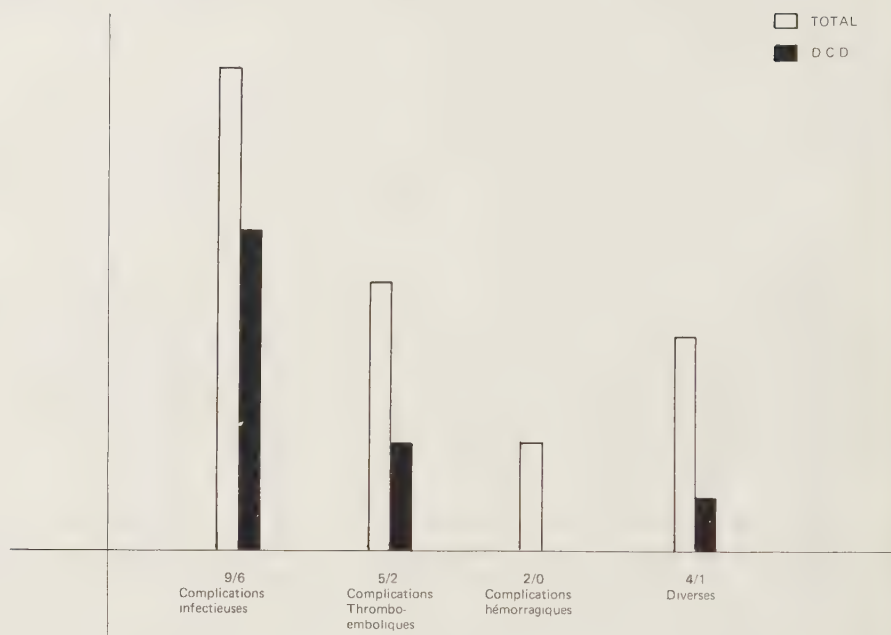
- les complications infectieuses
- les complications veineuses.

1e - Les complications infectieuses

- les germes en cause sont essentiellement les saprophytes intestinaux, entérocoques et Gram négatifs. Parfois un staphylocoque pathogène ou une levure. Ce sont toujours des germes "hospitaliers", polyrésistants, et sélectionnés par l'antibiothérapie. Plusieurs germes peuvent apparaître simultanément ou successivement aux divers prélèvements locaux.
- **l'infection locale** est le complément obligé de toute fistule à son début.
- très rapidement, l'écoulement du pus doit faire face à un liquide franchement intestinal ; la persistance d'un écoule-

Tableau XX

Complications en cours de traitement médical



ment purulent, l'association de fistules purulentes à la fistule digestive doit faire rechercher et traiter l'abcès plus ou moins enkysté sous-jacent.

- les infections régionales sont fréquentes. Elles sont annoncées par la persistance ou la réapparition de la fièvre, l'altération de l'état général malgré une réanimation attentive, en particulier une chute de poids après une reprise initiale, l'augmentation de l'écoulement fistuleux, une gêne au transit intestinal pouvant aller jusqu'à l'iléus complet, enfin, selon leur siège, sous-phrénique ou du Douglas, des signes respiratoires ou rectaux.
- Ces abcès à distance ont plusieurs conséquences redoutables : ils décuplent le catabolisme azoté et rendent impossible la rééquilibration nutritionnelle ; ils peuvent devenir le foyer de départ de septicémies ou de septicopyohémies. Leur méconnaissance équivaut à une condamnation à mort.
- **Les septicémies et septicopyohémies** peuvent avoir comme point de départ la fistule elle-même, un abcès intra-péritonéal, ou un foyer de phlébite superficielle autour d'une aiguille ou d'un cathéter de perfusion. Elles peuvent se manifester par des frissons avec malaise intense et ascension thermique à 40 et plus.

Elles peuvent se traduire, comme toutes les septicémies à Gram négatif par un collapsus brutal et irréversible. Elles peuvent surtout être masquées par les antibiotiques, ne donner qu'un frisson transitoire dont le clocher thermique d'accompagnement ne sera décelable que par la prise de température toutes les trois heures, ou même n'être révélées que par l'éclosion d'un foyer supprimé à distance.

- Il est bien difficile devant un foyer pulmonaire, pleural, ou urinaire de faire la part de ce qui revient à la bactériémie transitoire, et à la contamination ascendante ou descendante, chez ces malades alités, souvent encombrés, et sondés plusieurs fois par jour ou par semaine.

2^e - Les complications thrombo-emboliques

- Des phlébites peuvent s'observer au niveau des veines sursales profondes, et le palper du mollet, la recherche du signe d'Homans sont autant de règle devant une fièvre inexplicquée que le toucher rectal, la radiographie pulmonaire ou l'examen cyto-bactériologique des urines. Elles peuvent se compliquer de migrations pulmonaires mortelles : nous en avons observé un cas.
- Plus fréquentes sont les phlébites superficielles sur le trajet d'une perfusion mal posée ou d'un cathéter laissé en place trop longtemps. Au pire, elles réalisent une septicémie veineuse subaiguë : au mieux, elles sont douloureuses pour le malade, gênantes pour la réanimation, interdisant d'utiliser l'un des deux membres supérieurs pour une période de plusieurs jours.
- Nous avons une fois observé une hémorragie méningée mortelle, peut-être embolique, quelques jours après une intervention, sans que le point de départ de cette éventuelle embolie ait été clairement indiqué par l'autopsie.

3^e - Certaines complications sont la rançon d'un **alitement trop prolongé**.

- Outre l'escarre de décubitus, la phlébite, l'encombrement respiratoire, nous voudrions insister ici sur les complications rénales et urinaires :
- La lithiase réno-urétérale est de pathogénie discutée et de composition chimique variable. Elle se révèle par des infections urinaires à rechute ou des coliques néphrétiques. Elle apporte avec elle son propre contingent de complications hydronéphrose, anurie calculeuse, insuffisance rénale.

4e - Les hémorragies digestives sont assez rares. Nous en avons observé 2 fois, sous forme d'un vomito negro, chez des malades dans un état très inquiétant. Les deux ont été opérés, sans que l'on trouve de cause à leur saignement. Coïncidence ou heureux hasard, les 2 malades ont guéri.

5e - Il faut faire une place à part aux complications iatrogènes : Le nombre de médicaments, les doses employées, et la nécessaire durée du traitement, expliquent que nous ayons pu observer dans notre série :

- une surdité totale et définitive après traitement de Kanamycine et de Gentalline
- une amaurose associée à une surdité, peut être due à une méningo-encéphalite virale intercurrente, mais peut être aussi due à l'emploi de la Tyrothricine.

6e - Après traitement chirurgical : il faut séparer les complications précoces - dont la fréquence et l'incidence pronostique sont rappelées sur le tableau XXI - des séquelles tardives.

a) - Les complications précoces survenant dans les 10 jours post-opératoires, sont dominées par la réapparition de la fistule et l'infection grave, pariétale, péritonéale, ou à distance

- localement : l'abcès de paroi est d'une extrême fréquence. Il peut évoluer simplement, ou être le premier symptôme d'une éviscération ou d'une nouvelle fistule, l'une et l'autre d'une particulière gravité.
- Nous avons observé une fois une hémorragie par l'incision, qui nous a amenés à réintervenir, chez un malade dont c'était le deuxième épisode analogue, sans qu'un défaut d'hémostase ait été trouvé à la réintervention, et sans qu'aucun trouble de la coagulation n'ait pu être mis en évidence ultérieurement.
- Des hémorragies digestives peuvent survenir, comme après toute chirurgie lourde. Elles posent un problème thérapeutique angoissant, mais non nécessairement insoluble. Un de nos malades a pu ainsi bénéficier, au tout dernier moment, de la réfrigération intragastrique.
- Les troubles du transit post-opératoire sont fréquents : les gaz ne réapparaissent que vers le 5^e/8^e jour. Parfois, au contraire, le transit reprend précocement sous forme d'une diarrhée abondante, témoignant d'une entérite aiguë infectieuse secondaire redoutable.
- Les troubles respiratoires sont de pathogénie obscure. A deux reprises, nous avons observé un déficit ventilatoire

Tableau XXI

Complications post-opératoires précoces

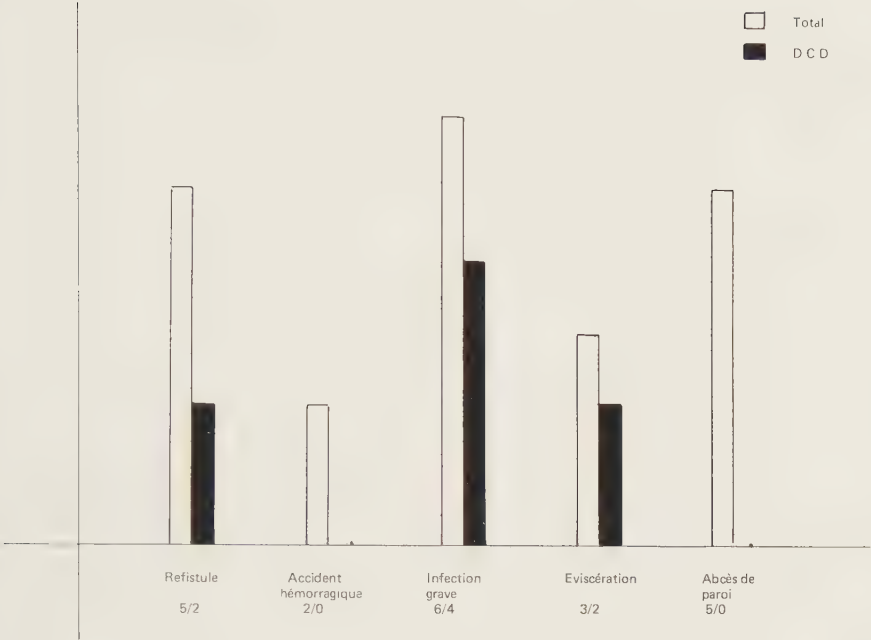
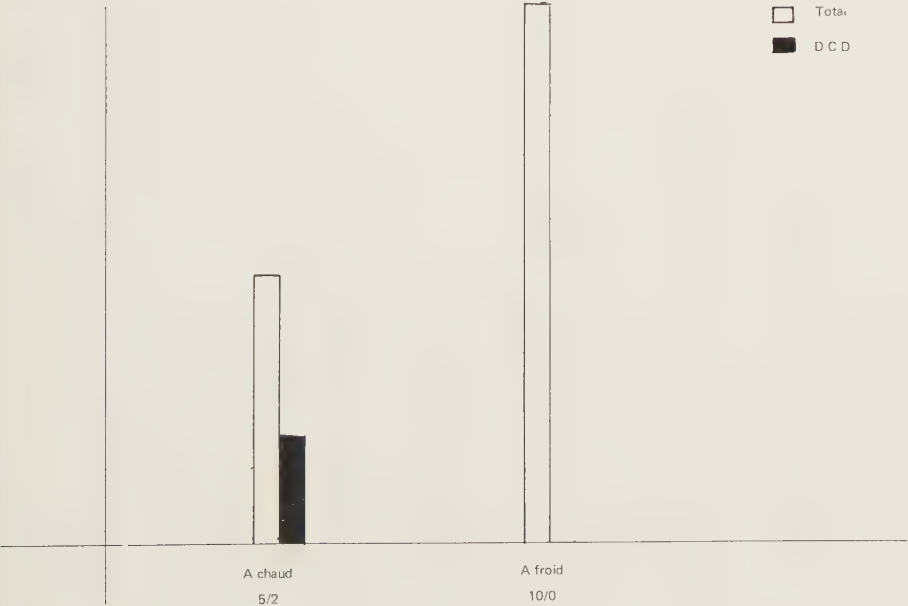


Tableau XXII

Réintervention



imposant la respiration assistée, avec une guérison et un décès. A l'autopsie de ce dernier malade n'ont été trouvées que des lésions de broncho-alvéolite diffuse.

- Ces diverses complications sont volontiers associées et intriquées. Elles peuvent conduire à une réintervention immédiate (5 fois) qui n'évitera pas toujours l'évolution fatale (tableau XXII)

b) - Tardivement les **séquelles** sont représentées par :

- Les éventrations, médianes ou latérales, souvent énormes, dont la cure est difficile et aléatoire.
- Les suppurations pariétales, interminables: l'un de nos malades, rescapé d'une fistule fort grave, élimine ainsi une dizaine de fils par an.
- Les anus artificiels, colostomie ou iléostomie, temporaires ou définitifs, et l'on hésite souvent à prendre le risque de rétablir la continuité intestinale chez un ancien fistuleux.
- 10 malades ont ainsi été réopérés plusieurs mois ou années après, sans aucun décès, mais avec une nouvelle fistule, et quelques échecs dans les traitements de cure des éventrations.

FORMES CLINIQUES

Tableau XXIII

Caractères cliniques des fistules selon le siège - grêle

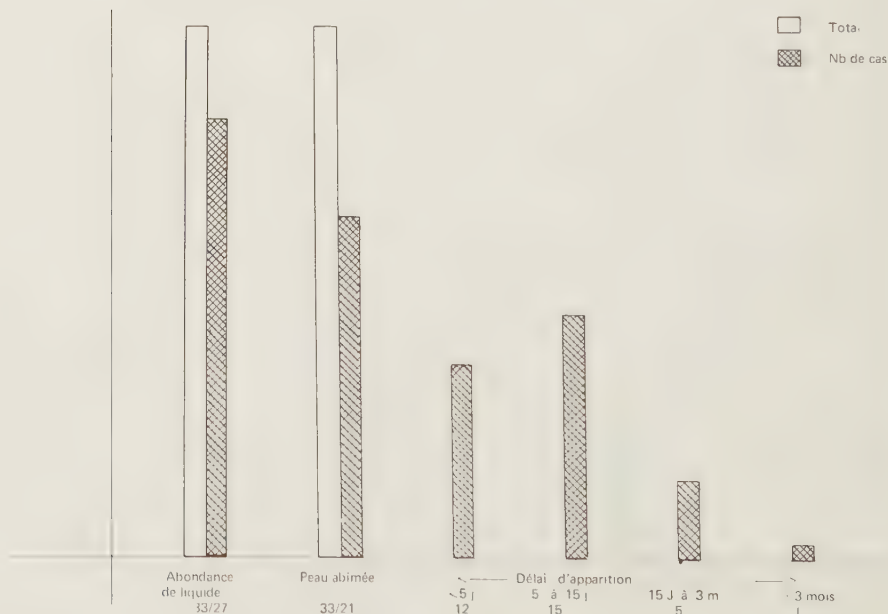


Tableau XXIV

Caractères cliniques des fistules selon le siège : colon

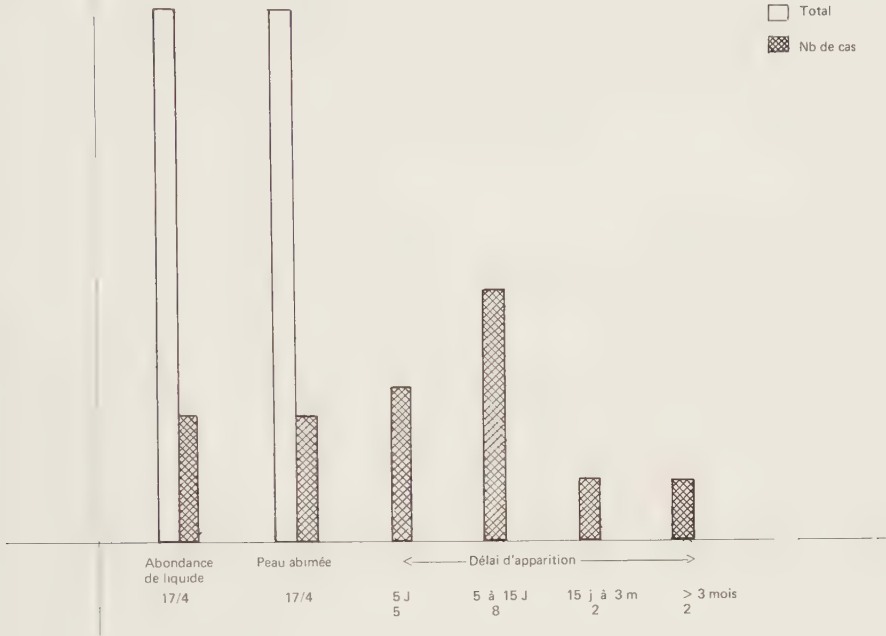
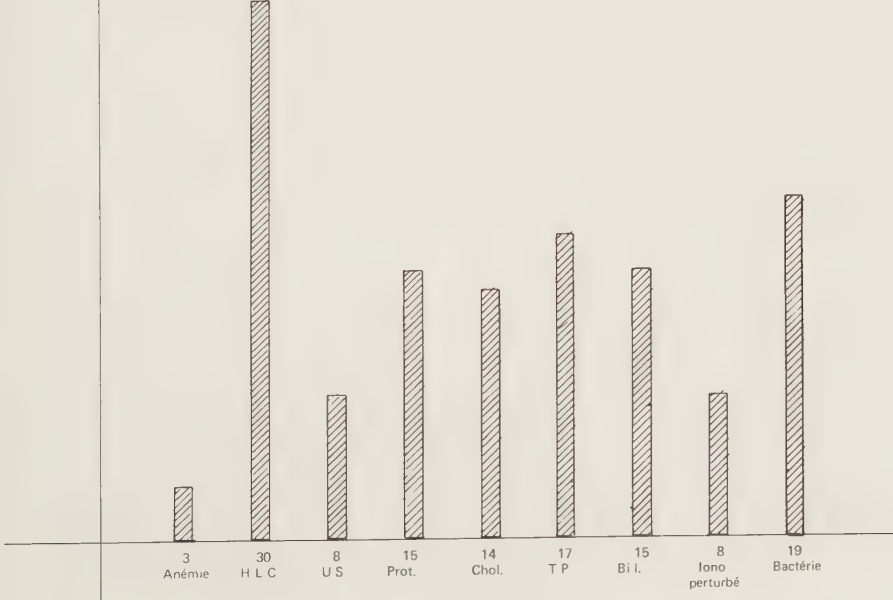


Tableau XXV

Perturbations biologiques selon le siège : Grêle





I. - Selon le siège :

On peut opposer les fistules du grêle aux fistules coliques.

Siège	GRELE	COLON
Apparition	Précocé	Tardive
Ecoulement : aspect abondance	liquide iléal 250-1500	Selles — de 250 ml
Retentissement : clinique biologique	Carences multiples Déshydratation - chute des protides et du cholestérol	Infection 0
Traitement	Avant tout médical ou médico-chirurgical	Chirurgical après le 3 ^e mois

En sachant qu'il s'agit d'un schéma.

On trouvera dans les tableaux XXIII à XXVI la fréquence relative des perturbations cliniques et biologiques suivant le siège de la fistule sur le grêle ou sur le colon.

II. - Selon l'éthiologie :

Sans revenir ni sur les lésions initiales, ni sur les mécanismes de survenue des fistules, nous voudrions isoler le groupe des fistules compliquant une maladie de Crohn.

Parmi nos 8 cas, on peut nettement séparer les fistules anastomotiques après résection des fistules iléales quasi spontanées, véritables fistules maladies.

Les premières n'ont que peu de caractères particuliers, sinon la difficulté de leur traitement liée à l'appauvrissement de l'état général pré-opératoire et à l'étendue de la résection intestinale. Leur pronostic, compte-tenu de l'âge relativement jeune est sombre, la mortalité et la morbidité sont élevées.

Les secondes représentent une des variétés des fistules spontanées, caractéristiques de la maladie de Crohn. Elles sont moins fréquentes que les fistules internes, iléocoliques, iléorectales, iléovésicales, etc...

La fistule externe apparaît après une intervention qui n'a souvent été qu'une appendicectomie, un drainage d'abcès apparemment spontané de la fosse iliaque, ou même une simple exploratrice, le chirurgien battant en retraite devant un magma d'anses indissécables.

Bien que d'origine iléale, ces fistules sont peu abondantes. L'écoulement est plus purulent qu'intestinal, leur fermeture temporaire spontanée est possible, mais la récurrence est la règle. Elles ne posent donc que peu de problèmes médicaux, mais avant tout un problème de tactique opératoire.

A nos 8 observations, on pourrait ajouter celle peu banale d'un garçon de 15 ans, adressé pour polyposse recto-colique familiale et qui avait présenté une fistule purulente de la fosse iliaque droite. Celle-ci avait été rattachée à un abcès périnéoplasique, développé autour d'un polype dégénéré. Cette fistule était fermée à son arrivée, c'est pourquoi cette observation n'a pas été répertoriée avec celles qui composent ce travail. A l'intervention, on a trouvé, outre une polyposse généralisée, une iléite terminale authentique. Le point de départ de la fistule n'était pas la polyposse colique, mais la maladie de Crohn iléale.

III. - Selon la symptomatologie :

1^e - La péritonite ouverte :

C'est l'évolution catastrophique d'une désunion d'anastomose précoce, souvent complète, en péritoine libre, l'écoulement se faisant jour à l'extérieur par l'intermédiaire d'une éviscération partielle ou totale.

C'est dire que la symptomatologie est riche, puisque coexistent :

- des signes de fistule abondante, presque toujours médiane, dont l'écoulement est constitué de pus et de matières liquides.
- des signes de péritonite aigüe avec fièvre, faciès péritonéal, contracture généralisée, douleurs du Douglas. Mais souvent la péritonite évolue sur un mode asthénique, trompeur.
- des signes d'occlusion : vomissements, hypersecrétion, météorisme abdominal.
- l'état général est effondré.

La réintervention précoce est catastrophique, elle apparaît parfois cependant comme la seule chance de salut.

Tous les intermédiaires existent entre cette forme et la fistule simple.

2^e - Les fistules associées à une occlusion :

Outre la péritonite ouverte, il peut s'agir :

- soit de fistules sur obstacle oublié ou inextirpable, comme une carcinose péritonéale. Nous en avons 2 cas.
- soit de l'apparition d'un obstacle au cours de l'évolution d'une fistule. Il s'agit presque toujours d'occlusion fonctionnelle venant révéler un abcès intrapéritonéal, mais il peut s'agir d'une occlusion sur bride authentique.

Les signes d'occlusion ne sont pas toujours nets :

- les vomissements peuvent avoir une autre origine.
- l'arrêt des matières et des gaz n'est probant que si le transit s'était rétabli auparavant.
- dans les cas difficiles, c'est l'examen radiologique qui tranchera, en introduisant par une grosse sonde un peu de diodone ou de baryte diluée dans la partie distale de l'anse fistulisée.

dans les fistules coliques, c'est le lavement baryté qui lèvera les doutes, tout en en connaissant les dangers chez

- ces malades à l'intestin inflammatoire distendu et fragile.
- l'occlusion n'est pas en elle-même une indication opératoire mais le traitement de l'obstacle peut exiger un geste chirurgical rapide.

IV. Les formes cliniques :

Pourraient être multipliées à l'infini, selon l'abondance, le retentissement, l'âge, la cause, etc...

Il n'est pour s'en persuader que de se reporter aux observations citées en additif : on y verra qu'il n'y a pas deux fistules comparables, et que leur survenue, comme leur évolution, peuvent réserver bien des surprises au réanimateur et au chirurgien le plus expérimenté.

TRAITEMENT

Jusqu'aux années 1950, le traitement d'une fistule post-opératoire était avant tout chirurgical, et les résultats, même entre les meilleures mains, s'avéraient désastreux. Peu à peu s'est dégagée la notion que l'urgence n'était pas la cure de déhiscence intestinale, mais la correction de ses conséquences nutritionnelles. En France, c'est à Trémolières que revient le mérite d'avoir prouvé qu'en neutralisant l'activité trypsique du liquide fistuleux, et en corrigeant par la réalimentation précoce les désordres nutritionnels, bon nombre de fistules arrivaient à se fermer spontanément.

Nous envisagerons successivement les modalités du traitement médical et du traitement chirurgical, puis nous essayerons de dégager les indications thérapeutiques, sous la forme de "conduite à tenir devant une fistule entérale."

I. Modalités du traitement médical - Tableau XXVII.

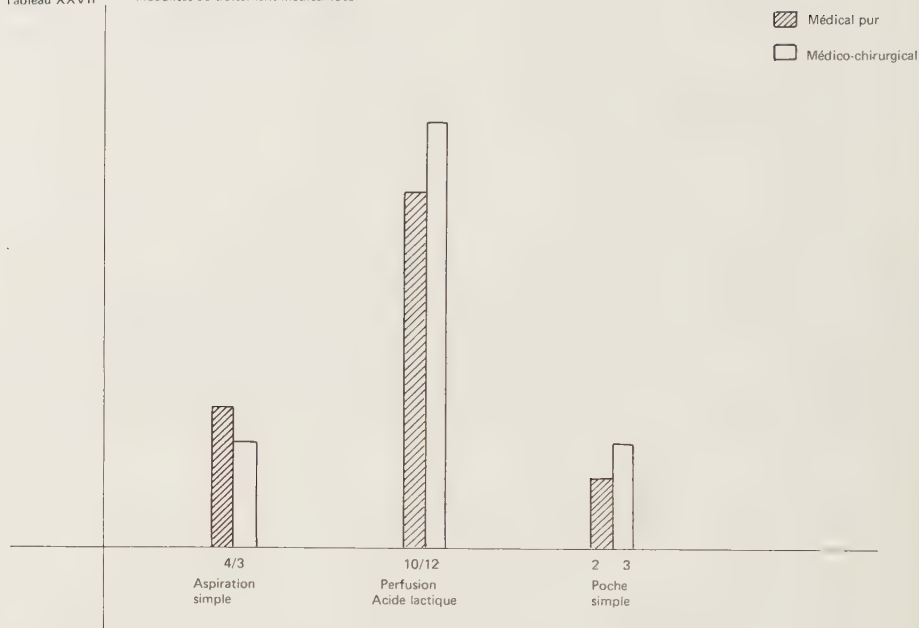
Ce traitement est à double polarité, locale, et générale.

A - Localement, il se propose :

- de favoriser la cicatrisation pariétale
- d'inhiber l'action corrosive du liquide fistuleux
- d'éviter tout contact entre celui-ci et les berges cutanées.

Tableau XXVII

Modalités de traitement médical local



Pour cela on réalise un système à double courant associant l'irrigation avec un liquide convenable, le plus souvent l'acide lactique, et un drainage aspiratif des sécrétions ainsi diluées. Telle est la base de la méthode dite de Trémolières que nous utilisons avec cependant d'assez nombreuses modifications techniques.

I. Le liquide d'irrigation :

- Il est devenu classique en France depuis les publications de Trémolières d'utiliser une solution d'acide lactique à pH 4,5 de formule :

. Sérum choruré sodique à 6g %	1 l
. Acide lactique du Codex	4,5 g
. Serum bicarbonaté isotonique qsp	pH 4,5

Il inhibe l'activité trypsique du liquide fistuleux et a dans une certaine mesure, une action bactériostatique et cicatrisante.

- La quantité de liquide à perfuser correspond environ à ce que fournirait la fistule si elle était totale, soit 2 litres à 2 litres et demi par jour.
- Pour simplifier les problèmes de surveillance, nous avons obtenu de la pharmacie centrale des Hôpitaux un condition-

nement spécial de l'acide lactique, en grands flacons de plastique de 2 litres et demi, évitant ainsi toute manipulation au cours de la journée.

- Mais l'emploi de l'acide lactique n'est pas absolument sans danger. Il faut en particulier prendre garde à ne l'utiliser qu'en péritoine complètement cloisonné, faute de quoi de graves accidents d'acidose lactique peuvent survenir.
- En outre la simple dilution du liquide intestinal au 1/3 suffit à inhiber l'activité trypsique. C'est pourquoi il nous arrive parfois, de remplacer l'acide lactique par du liquide de dialyse et plus simplement encore du sérum physiologique.

2. Quelle que soit sa nature, le liquide d'irrigation doit être amené dans le fond de la fistule, au contact même de la brèche intestinale. Sinon, on risque de voir la plaie cutanée se fermer plus vite que la brèche profonde ce qui peut entraîner des perforations du trajet dans le péritoine extrêmement graves. On se servira d'un petit drain en polythène ou en caoutchouc, arrivant soit isolément, soit à l'intérieur du drain d'aspiration.

3. Les sondes d'aspiration doivent être :

- de forme adaptée au type de la fistule, droite dans les fistules profondes et étroites, coudées type Pezzer dans les fistules larges et superficielles.
- suffisamment larges pour ne pas se boucher à tout instant, 6 à 10 mm de diamètre intérieur au minimum.
- suffisamment rigides pour ne pas se collaber, suffisamment souples pour ne pas traumatiser.

En pratique on utilise des sondes en gomme assez molle ou en caoutchouc.

- la pression d'aspiration doit être faible, de l'ordre de 50 cm d'eau
- les sondes doivent être placées de manière telle qu'elles réaspirent tout liquide perfusé sinon le malade est constamment trempé. Il faut éviter à tout prix l'effet de ventouse, facteur d'augmentation du débit de la fistule, parfois d'hémorragie grave.

Pour cela on peut :

soit " munir la sonde d'aspiration d'un tube en polyéthylène placé à l'intérieur de la lumière, d'un diamètre intérieur d'au moins 1 mm, suffisant pour assurer une prise d'air efficace et allant jusqu'à l'extrémité du tube " (Trémolières)

- . soit découper à l'extrémité de la sonde deux petits triangles à base inférieure et à sommet supérieur, de telle sorte que la pression soit de 50 cm d'eau au sommet, et nulle à la base.
- . soit encore utiliser de petits embouts fabriqués par la société Carbone-Lorraine et qui sont en carbone tissé et cuit au four pendant plus d'un mois. Ils gardent des propriétés de porosité extraordinaire et évitent d'une manière absolue l'effet de ventouse.

4. Deux autres dispositifs particuliers nous semblent réaliser un progrès technique assez considérable :

- . l'un, pour amener la sonde d'aspiration au contact de la fistule est une potence suspendue sur une plaque d'aluminium recouverte de caoutchouc mousse, que l'on peut mouler sur le thorax et que l'on entoure d'élastoplaste dont on encercle le tronc du malade. A partir de cette potence qui comprend un système de 3 rotules extrêmement souples, plus un dispositif en métal articulé, on peut pratiquement prendre toutes les positions possibles.

Comme l'appareillage est solidaire du malade, il n'y a aucun risque de traumatisme.

- . l'autre, est un dispositif alternant, réalisé sur un petit moteur, synchrone, avec une came munie d'un écraseur à galet. Il est branché sur l'aspiration uniquement, ou l'aspiration et l'irrigation ; un système de cames interchangeables permet de régler la période d'alternance à 1 sur 2, 1 sur 3, ou 2 sur 3.

5. En cas de fistules peu abondantes ou de fistules coliques, on peut ne laisser en place que l'aspiration, voire la remplacer dans ce cas par une simple poche autocollante, type coloplast. On peut aussi combiner les deux méthodes en installant l'aspiration au point déclive de la poche, pour ne pas avoir à changer celle-ci.

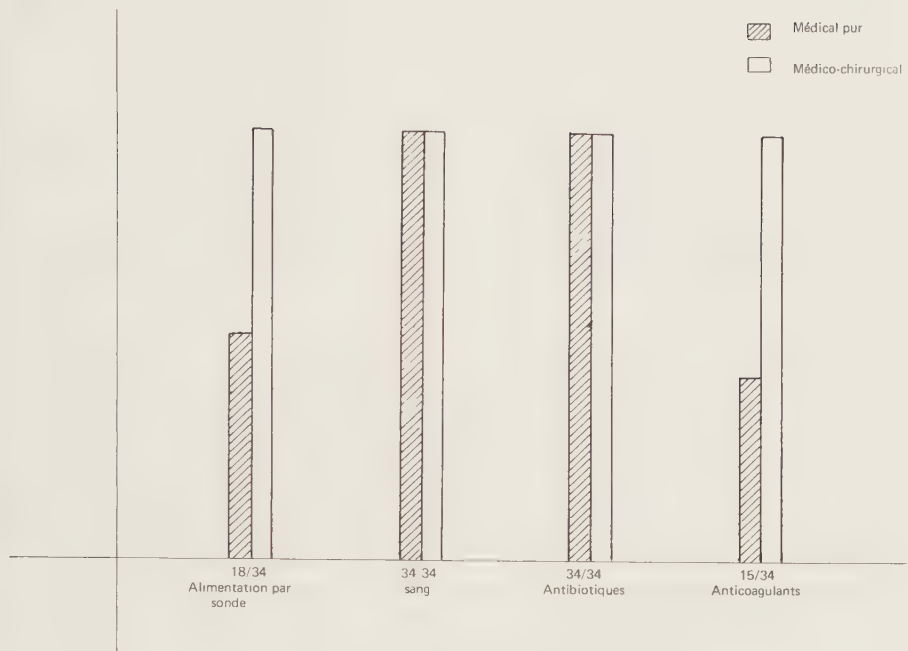
6. La protection de la peau doit être en effet le souci constant. Les berges de la fistule doivent être recouvertes chaque jour d'une pommade vitaminée type Mitosil, ou mieux de poudre de Karaya délayée dans un peu de Céquartyl.

7. D'autres artifices locaux peuvent rendre service ; sans prétendre guérir la fistule, ils en diminuent temporairement le débit, pouvant ainsi aider à franchir un cap difficile.

- Tels sont l'obturation par un velours d'élastomère de silicones, une petite éponge reliée à un contrepoids, les plasties cutanées diverses, le gros drain en T, simili drain de Kehr intestinal.

Tableau XXVIII

Traitement général



B. Le traitement général : (Tableau XXVIII)

comprend

- la réanimation
- la rééquilibration hydroélectrolytique
- la réalimentation.

I. La réanimation doit assurer une masse circulatoire capable d'apporter à l'intestin une oxygénation suffisante : elle fait appel au sang et au plasma. Il faut souvent en transfuser des quantités considérables pour compenser l'hypovolémie comme nous l'ont prouvé les mesures de la masse sanguine. 2 à 3 litres de sang, 1 à 2 litres de plasma peuvent être nécessaires dans les 48 premières heures. Ensuite un flacon de 250 à 500 cc. hebdomadaire ou bi-hebdomadaire suffit, sauf en cas d'anémie ou d'hémorragie bien évidemment.

2. L'équilibration HE

- se fondera sur les éliminations hydroioniques de la fistule et des urines, plus que sur l'ionogramme sanguin.
- en l'absence de mesures précises on peut grossièrement admettre avec Trémolières que "pour équilibrer 1 litre de fistule, il faut 1 litre d'eau, 8 g de ClNa, 2 g de ClK en y ajoutant 1 g de Gluconate de Ca, et 1 g de Cl2Mg dès que la fistule dure depuis plus de 2 semaines".

- il est commode d'utiliser, comme pour toutes les réanimations de quelque importance de grandes feuilles mentionnant les entrées et les sorties de liquide et d'ions.
- on utilise comme soluté usuel le sérum glucose isotonique à 5 % ou hypertonique à 10 %, enrichi en Sodium et en Potassium et de sérum bicarbonaté à 14 % en cas d'acidose. Dans les rares cas d'alcalose avec hypochlorémie (fistule associée à un syndrome occlusif et aspiration digestive) on utilisera le chlorhydrate d'Arginine à 50 %.
- le débit est fonction de la quantité de liquide à passer dans la journée. La voie d'introduction veineuse est maintenant presque toujours pour nous la voie sous-clavière. Le cathéter est introduit par voie sous-claviculaire, avec une technique dérivée de Sedlinger. En des mains expérimentées elle est sans danger et procure de nombreux avantages.
- le cathéter peut être laissé 15 jours en place sous pansement stérile.
 - . il permet un gros débit de perfusion
 - . il libère les membres supérieurs du malade, diminue le risque de phlébite superficielle, mais doit être surveillé attentivement, tout cathéter bouché devant être enlevé.

3. **La réalimentation** est un impératif absolu du traitement. Deux voies sont possibles. La voie intra-veineuse et la voie digestive :

- **La voie intraveineuse** est la seule possible, si le malade est en occlusion.

Parmi les nombreux solutés de protéines et de lipides, nous ont paru particulièrement intéressants malgré leur prix de revient élevé les produits suédois : l'Aminosol et l'Intralipide.

- On peut ainsi assurer une ration calorique de 1.800 à 2.000 calories, avec 40 g de protides.

- Une publication américaine récente, portant sur plusieurs centaines de cas, prouve qu'en utilisant des solutions très hypertoniques, on peut atteindre par la voie intra-veineuse stricte 3500 calories par jour. Nous n'en avons pas personnellement l'expérience.

- Pour nous, la réalimentation par **voie digestive** reste irremplaçable. Les perfusions doivent être poursuivies à titre d'appoint tant que la ration alimentaire quotidienne est inférieure à 2000 calories. Dès que le malade ingère plus de 2000 calories par 24 heures, on

peut arrêter les perfusions, sauf pour passer, selon les besoins, sang et sérum-albumine.

Techniquement, la mise au point dans le service d'un appareil de réalimentation automatique nous a permis de bouleverser quelque peu les règles de réanimation alimentaire. Il semble qu'à partir du moment où l'on peut instiller dans l'estomac, à une cadence qui oscille entre 1 ml et 1,5 ml à la minute un liquide alimentaire, plus aucune question de tolérance ne peut se poser, et de fait la plupart des malades atteints de fistule entérale grave sont affectés d'une sonde d'alimentation nasopharyngienne et sont nourris par la machine, dès que cela est possible.

En pratique, il s'agit d'un agitateur magnétique ou non, relié à une petite pompe débitmétrique — analogue à un gros Jouvet — qui permet de donner au malade, suivant le calibre des tuyaux utilisés, 800, 1600 ou 2500 ml en 24 heures.

Il faut prendre un certain nombre de précautions pour éviter le seul accident vrai possible : la régurgitation du liquide alimentaire et l'inhalation de ce liquide dans les voies respiratoires. Cet accident n'arrive pratiquement jamais si l'on met des cales sous les pieds du lit du malade pour obtenir une inclinaison de 15° environ, et si pendant la période nocturne on interrompt l'alimentation.

Le but de l'alimentation par machine est de porter progressivement en 6 jours la ration alimentaire de 500 à 3000 calories dont 150 g de protéines.

En pratique, on passe un mélange composé de :

- . Un substrat liquide qui pour un malade dont le transit est accéléré, est l'eau de riz.
- . Un substrat qui apporte les protéines : le lait écrémé au 1/3, type lait alété, légèrement acidifié.
- . Du sucre (4 cal/g.)
- . Du jaune d'oeuf dont chacun apporte 3,50 g de lipides et 0,25 g de cholestérol.
- . Carotte râpée et viande hâchée mixées.

On peut bien entendu passer dans la machine les solutés tout préparés du commerce. Mais leur prix de revient prohibitif rend leur utilisation presque impossible dans le cadre de l'Assistance Publique.

4. Les adjuvants sont destinés à prévenir ou à pallier les principales complications.

— Contre l'infection, on a le choix entre :

— **Les antibiotiques**, indispensables en phase aigüe, à forte dose, si possible guidés par un antibiogramme bien fait ; sinon, on utilise des antibiotiques réputés actifs et à large spectre en les associant par deux,

en se souvenant que l'on a huit fois sur dix, affaire à des germes Gram négatif. En pratique, on utilise les ampicillines, le chloramphénicol, la gentamycine et les céphalosporides.

- **La vaccinothérapie** par vaccins tués du type Propidon, qui doit être maniée à doses très faibles, 1/10 ml tous les jours ou tous les deux jours.

- **Les Gamma Globulines** purifiées par voie intra-musculaire.

- **Contre le risque de thrombose :**

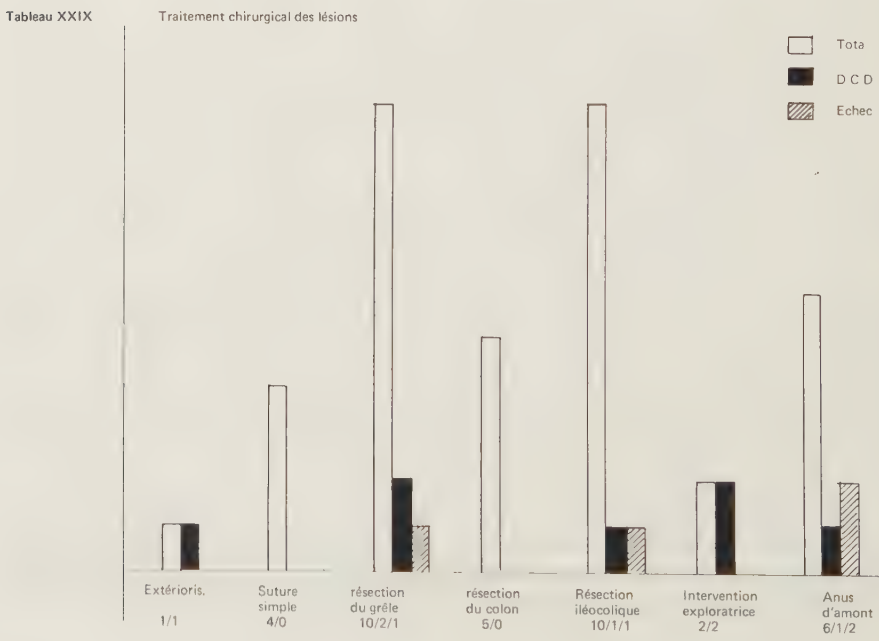
- **Les anticoagulants** sont de prescription systématique. Notre préférence actuelle va à l'Héparinate de Calcium sous-cutané dont nous apprécions la souplesse et l'efficacité.

- **Les vitamines**, notamment du groupe B et C, aident à lutter contre le syndrome de carence si fréquent.

- **La cortisone** est d'emploi très contestable. Elle peut être utile comme antichoc, ou en post opératoire immédiat, sinon, son action anticicatrisante et anti-inflammatoire doit la faire utiliser avec la plus grande circonspection.

- Les anti spasmodiques n'ont que peu d'action.

- Comme calmant et antalgique, notre préférence va au phéno-barbital à doses filés, aux tranquillisants type équanal ou valium.



— Comme antidiarrhéique, pour ralentir le transit, nous utilisons volontiers, outre l'eau du riz :

- . le sous nitrate de Bismuth
- . le diarsed
- . l'alunozal
- . le lyobifidus
- . et la sulfaguanidine ou le succinysulfathiazol.

que nous mélangeons à l'alimentation.

— On pensera également à la prophylaxie des escarres et de l'encombrement pulmonaire.

II. Modalités du traitement chirurgical (Tableau XXIX)

Les problèmes sont nombreux :

I. La voie d'abord :

- Classiquement en zone saine, à distance de la fistule.
- La fréquence des fistules médianes rend ce principe inapplicable. L'essentiel est de bien voir et de pouvoir tout faire par une seule voie d'abord.

C'est pourquoi en dehors de quelques rares cas où un abord centré est possible, notre préférence va à la médiane, aussi étendue qu'il est nécessaire, en excisant le tissu cicatriciel, ainsi que les berges de la fistule.

2. Une fois dans l'abdomen, il faut d'abord tout voir et tout comprendre, en se souvenant qu'il est des fistules multiples. Il faut s'assurer par le palper de la parfaite liberté du tube digestif d'aval et de l'absence de foyer suppuré intrapéritonéal. Tout ceci conduit à des libérations d'anses agglutinées, renfermant souvent entre elles des clapiers purulents, et ce temps de dissection est long, laborieux et dangereux.

3. Contre la fistule, on trouve encore dans les publications datant de quelques années, l'exclusion, qu'elle soit uni ou bilatérale, ouverte ou fermée. Nous ne l'avons jamais pratiquée.

- . L'extériorisation d'une fistule colique n'est qu'un pis-aller que l'on ne doit considérer que comme un geste de sauvetage.
- . La suture simple après excision des berges n'est indiquée que dans les fistules coliques, latérales et de faible calibre, à parois souples
- . Dans tous les autres cas, fistule du grêle, désunion anastomotique, fistule large où qu'elle siège, la résection est in-

diquée, passant à distance des lésions en zone indiscutablement saine.

Dans les fistules du grêle et du colon droit, elle sera suivie de rétablissement immédiat de continuité termino-terminal, iléoiléal ou iléocolique. Pour les fistules graves du transverse et à plus forte raison du descendant et du sigmoïde, la prudence peut être la mise à la peau des deux extrémités coliques ou le Hartmann. On peut aussi être amené à refaire l'anastomose colocolique, colorectale ou iléorectale, en la protégeant par un anus proximal, colostomie transverse ou iléostomie bi-tubulée type Bertrand selon le cas.

4. De nombreux gestes complémentaires peuvent être nécessaires :

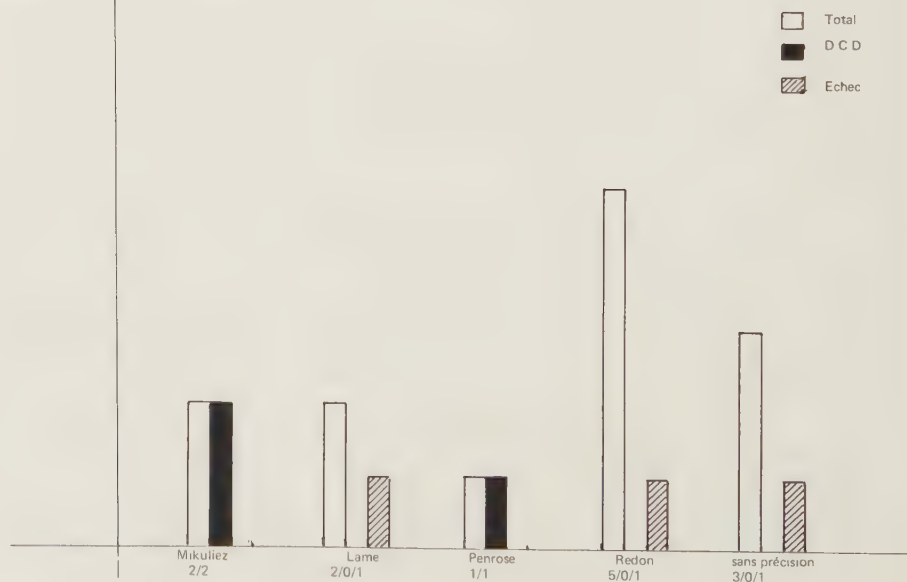
Sur 38 interventions on trouve :

1 cholécystectomie, 1 pyélotomie, 1 hystérectomie, 1 salpingectomie, 1 trachéotomie, 1 jéjunostomie, 5 plicatures mésentériques dont le principe et les indications ont été codifiés par notre maître, le Doyen Jean Loygue dans la thèse de notre collègue Berthelot.

Quant à la vagotomie, récemment proposée, nous n'en avons aucune expérience.

Tableau XXX

DRAINAGE



5. Deux points sont encore discutés :

a) Celui du drainage : (Tableau XXX)

Quand on opère en urgence, que l'on a dû évacuer des abcès intrapéritonéaux, que l'on laisse derrière soi de vastes surfaces cruentées, on est obligé de drainer, et de drainer efficacement et largement, soit par des lames ou des drains de Penrose, soit même par sac de Mickulicz en sachant les dangers de fistule que fait courir un tel drainage au contact d'une anastomose ou d'une anse enflammée.

C'est là une des raisons majeures pour laquelle il ne faut pas opérer en urgence.

Après une intervention réglée, à froid, il peut être indiqué d'aspirer les épanchements sérolymphatiques qui peuvent se produire dans les zones de décollement. Notre préférence va de plus en plus alors au drain de Jost-Sabatier-Redon.

b) Celui de la fermeture :

Est au moins aussi difficile à résoudre en pratique. Les sutures tirent souvent. La fermeture plan par plan n'a comme seule indication qu'une suture en peau initialement saine, ou presque. La fermeture en un plan total au crin ou au gros nylon est une sécurité, mais elle n'est pas totale, et nous l'avons vue à plusieurs reprises couper la paroi comme un timbre-poste, dont une fois au moins fort tragiquement.

C'est pourquoi, bien que cela puisse paraître une hérésie en milieu septique, nous avons été amenés à 3 reprises à utiliser des prothèses, plaque de Mersilène, d'acier, ou de peau au cialit.

Mieux vaut une suppuration pariétale et une éviscération qu'une éviscération.

6. Les soins post-opératoires sont fondamentaux :

- La réanimation intra-veineuse sera reprise ainsi que les antibiotiques à dose bactéricide.
- L'aspiration digestive sera maintenue jusqu'à reprise franche du transit
- Une surveillance de tous les instants permettra de passer le cap critique des 10 premiers jours.

7. Au-delà des questions techniques, le vrai problème de l'intervention chirurgicale est celui de son heure :

On peut schématiquement opposer deux écoles :

- l'une anglo-saxonne (West-Bacon) est partisane de l'intervention d'urgence, d'autant plus que la fistule est plus haut située.

- l'autre Française (Trémolières, et la plupart des auteurs Français depuis 10 ans).

En fait, les positions des uns et des autres sont beaucoup plus nuancées. Les auteurs américains, surtout certains d'entre eux, estiment qu'il faut opérer tôt, mais attendre que l'état clinique le permette, ce qui est une manière déguisée d'admettre la primauté de la réanimation.

Quant aux auteurs Français, ils estiment souvent nécessaire de se fixer un délai, après lequel toute cicatrisation spontanée ayant peu de chance de se produire, il faut opérer. La date de ce délai est difficile à établir. Chevrier, dans le rapport de Germain, dit 3 semaines, Perrotin 6 semaines, ce qui recoupe notre propre impression, et finalement, tout le monde est assez éclectique, sans qu'il soit possible ni raisonnable de préciser une durée de traitement à ne jamais dépasser.

III. Conduite à tenir pratique :

Nous allons essayer de replacer l'un par rapport à l'autre les deux volets de ce traitement complexe médico-chirurgical.

Quand on voit pour la 1^{ère} fois un malade porteur d'une fistule, il faut tenter de répondre à un certain nombre de questions :

- a) S'agit-il bien d'une fistule digestive ?
- b) S'agit-il ou non d'une fistule grave ? Ce qui amène à envisager les problèmes suivants :
 - . l'écoulement quotidien est-il supérieur ou inférieur à 250 ml ?
 - . le péritoine est-il cloisonné ?
 - . quel est le retentissement biologique ?
- c) Existe-t-il ou non des complications pouvant demander un geste chirurgical d'urgence ?

D'emblée, il faut opposer :

A. La fistule colique, bénigne

Tout dépend de son ancienneté.

Si elle est récente — moins de 3 mois —, qu'il n'y a pas de retentissement, il faut attendre, certaines fistules se fermant en moins de trois mois.

Si elle a plus de 3 mois, préparation colique standard et intervention, par médiane presque toujours, par Mac Burney parfois, pour faire une suture simple si la brèche est petite, récente, à bords souples, une résection dans tous les autres cas.

B. La fistule grave

a) Il faut tout d'abord éliminer les rares indications chirurgicales immédiates :

- Eviscération
- Hémorragie
- Péritonite
- Fistule inappareillable

L'occlusion n'est pas en soi une indication opératoire, mais l'obstacle organique en est une.

b) Ensuite tout dépend du siège de la fistule :

— Située à moins d'un mètre de l'angle de Treitz avec transit inférieur à 1/4 d'heure : jéjunostomie d'alimentation en aval de la fistule.

— Si l'on dispose de plus d'un mètre de grêle, mise en route du traitement médical complet :

— localement, si le malade est en occlusion, on ne peut se servir de l'irrigation lactique avant la reprise du transit, depuis au moins 48 heures.

— si le malade a un transit, on installe une irrigation aspiration d'acide lactique adaptée à la forme de la fistule.

— l'intensité de la réanimation sera dictée par la gravité du retentissement général : la rééquilibration et la réalimentation par voie intraveineuse seront poursuivies jusqu'à ce que la ration alimentaire du sujet, spontanée ou à l'aide de la machine, atteigne 3000 calories/24 h.

Dès lors **3 possibilités évolutives**, jugées sur l'abondance de l'écoulement, l'aspect des berges de la plaie et l'état général clinique et biologique.

— Aggravation :

Si le traitement médical est bien conduit, si on est sûr de sa réanimation, il faut à tout prix trouver le foyer infectieux à distance responsable.

C'est dans ces cas désespérés que l'on pourra être amené, devant un malade fébrile, à proposer l'intervention exploratrice à la recherche d'un abcès profond, tout en sachant la gravité et les difficultés du geste chirurgical sur un tel terrain.

— Amélioration :

Aucune indication chirurgicale tant que l'amélioration progresse mais il faut que le malade soit réellement mieux de jour en jour et non pas amené à un état stationnaire, de niveau simplement un peu

supérieur à celui de l'arrivée. Jamais aucune fistule ne s'est, entre nos mains, fermée spontanément après le 45^e jour. Mais le traitement médical aura mis le malade en condition clinique et biologique suffisante pour supporter l'intervention : les phénomènes inflammatoires péritonéaux auront été refroidis, la fistule aura diminué de taille et d'abondance.

L'intervention en sera simplifiée d'autant.

— **Stagnation** ou aggravation après une période d'amélioration. C'est là un cas fréquent et difficile.

Avant le 20^e jour, l'intervention est déraisonnable. Le péritoine est enflammé, l'exploration très difficile, les adhérences inflammatoires, les anses fragiles, les sutures ne tiennent pas, il faut drainer et drainer largement ; toutes les conditions sont remplies pour avoir une récurrence de la fistule, volontiers plus grave que la fistule initiale. Sur 7 malades opérés avant le 20^e jour, il y a 4 décès, et 1 récurrence de la fistule.

Après le 45^e jour, les raisons d'attendre ne peuvent être tirées que de contre indications locales ou générales à l'intervention ; état péritonéal douteux, carcinose péritonéale.

Entre le 20^e et le 90^e jour, sur 8 malades opérés, il n'y a que 1 décès et 2 échecs. Mais il ne faut pas attendre trop longtemps. Welch a

Tableau XXXI

Durée de traitement médical isolé

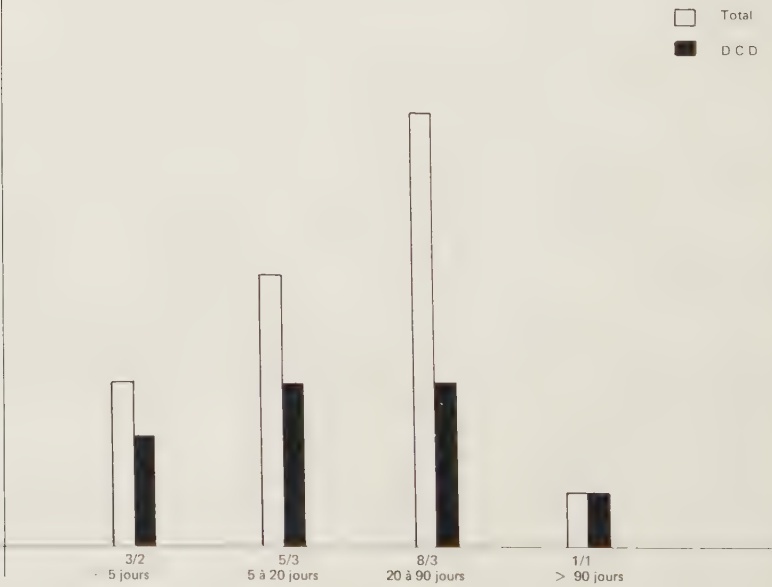
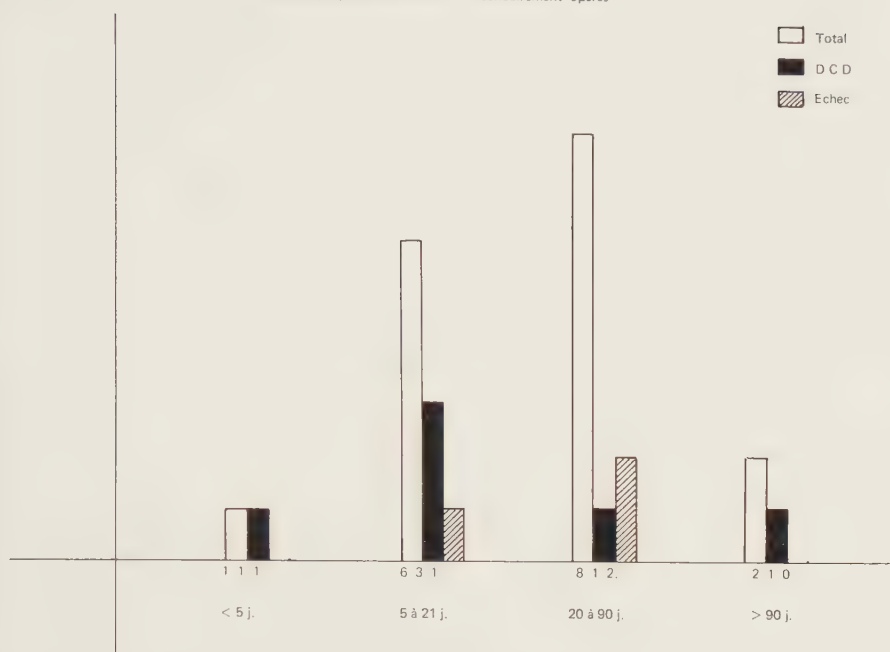


Tableau XXXII

Durée du traitement médical; préparatoire dans les cas secondairement opérés



pu écrire "Procrastination leads to slow death, and in many instances it is necessary to take what seems to be almost super human risks to rescue him". ("L'obstination — dans l'abstention — conduit à une mort lente, et dans bien des cas, il est nécessaire de prendre des risques qui semblent toujours surhumains, pour le sauver".) Sur deux malades opérés après plus de 3 mois d'évolution, en la circonstance, près d'un an après leur fistule, l'une est morte, l'autre a guéri, mais reste sourde et colostomisée.

Il faudrait également faire état ici des malades qui n'ont pas été réopérés, et qui sont morts après 1 mois, 2 mois ou 3 mois de traitement médical, sans qu'on ait pu leur donner leur chance chirurgicale. (Tableaux XXXI et XXXII)

L'intervention sera conduite par médiane, avec le souci de traiter toutes les lésions en une seule fois. La simple intervention exploratrice a de très mauvais résultats. On optera presque toujours pour la résection. Si la fistule siège sur le grêle, on rétablira immédiatement la continuité par anastomose termino-terminale.

S'il s'agit d'une fistule colique, le rétablissement ou non de la continuité, la confection d'un anus d'amont seront fonction de l'état du péritoine. Si celui-ci est sec, si les phénomènes inflammatoires ont été depuis longtemps refroidis, l'on s'orientera vers l'anastomose idéale. S'il persiste des foyers infectieux ou inflammatoires non encore

quiescents, il faudra choisir entre la mise à la peau des deux extrémités coliques — ou le Hartmann à gauche — et l'anastomose protégée.

Les suites immédiates ne seront pas toujours aussi favorables que la minutie de l'intervention l'aurait fait espérer. Les complications précoces sont dominées par les problèmes pariétaux et la réapparition de la fistule. Il faudra alors reprendre le traitement médical... ou réintervenir d'urgence selon les critères exposés précédemment.

Ce n'est que 6 mois à 1 an plus tard, si les suites ont été favorables, que l'on pourra songer à la cure des séquelles, s'il y en a.

IV. Traitement Prophylactique

Peut-on éviter les fistules post-opératoires ?

Certainement la plupart, mais certainement pas toutes.

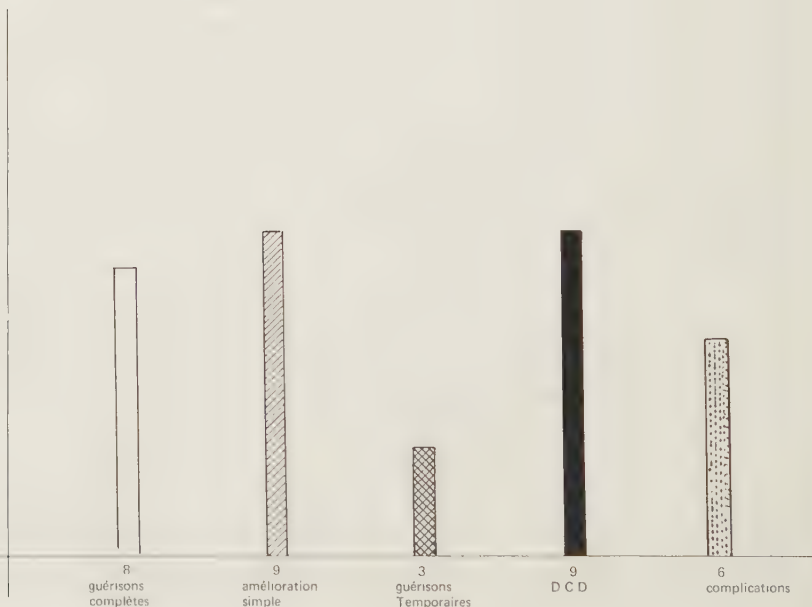
Les maladresses opératoires sont à éliminer.

En revanche, il est bon de rappeler que :

- L'aseptie opératoire est le meilleur garant de suites simples.
- Il faut savoir reculer à temps devant un cancer inextirpable.
- Certains gestes doivent être mûrement pesés, étant donné le risque de fistule qui les accompagne : la résection d'un anse grêle au contact d'un foyer septique, l'entérotomie de vi-

Tableau XXXIII

Résultats du Traitement médical



dange, et parfois même la simple ponction sur des sujets particuliers. De la même façon, le drainage par mèche ou Mickulicz, surtout au contact d'anses enflammées ou d'une anastomose.

- Les occlusions, après appendicectomie difficile, sont le plus souvent d'origine inflammatoire, l'urgence n'est pas dans l'intervention, mais dans l'aspiration digestive, la réanimation, la glace et les antibiotiques.

RESULTATS

Nous envisagerons successivement les résultats du traitement médical pur ou associé au traitement chirurgical, les résultats du traitement chirurgical et nous tenterons de tirer de nos échecs quelques éléments de pronostic.

I. Les cas traités médicalement : 35 cas (Tableau XXXIII)

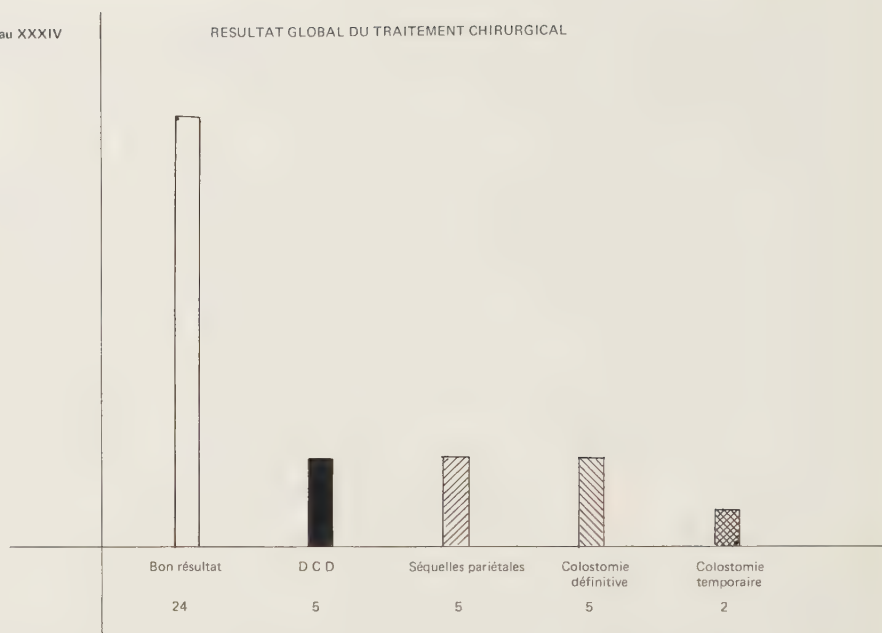
Ce sont toutes les fistules du grêle ou à participation iléale, et les rares fistules coliques abondantes :

- 16 fistules ont été traitées de façon purement médicale avec 8 succès et 9 décès ; l'un des malades traités étant mort après guérison de sa fistule.
- Les 19 autres ont été secondairement opérées :
 - . 3 d'entre elles, fermées sous l'influence du traitement, se sont rouvertes après un délai de quelques jours à quelques mois.
 - . 9 ont été franchement améliorées et mises en mesure de subir l'intervention avec 6 succès, 2 échecs et 1 décès.
 - . pour les 7 derniers cas enfin, le traitement n'a pu empêcher la survenue de complications qui ont conduit à l'intervention, avec 1 succès, 2 échecs et 4 décès.

– L'incidence pronostique des complications survenues sous traitement médical est considérable puisque l'on dénombre 6 décès sur 9 malades ayant présenté une complication thrombo-embolique.

Tableau XXXIV

RESULTAT GLOBAL DU TRAITEMENT CHIRURGICAL



Deux malades enfin ont été guéries, mais conserveront toute leur vie des séquelles graves :

- . l'une âgée de 67 ans, est sourde
- . l'autre âgée de 18 ans, est sourde et aveugle.

II. Les cas traités chirurgicalement : (Tableau XXXIV)

— Il faut distinguer les cas opérés d'emblée c'est-à-dire les fistules dont l'importance ne nécessitait pas un traitement médical préalable, et les cas opérés après traitement médical.

— Dans les 15 du 1^{er} groupe, on compte 14 succès et 1 échec, repris d'ailleurs chirurgicalement avec succès ; il n'y a donc ici aucun décès, car il s'agit de fistules bénignes.

— Dans les 9 fistules du 2^e groupe, on compte 10 succès, 4 échecs et 5 décès, car il s'agit ici de fistules graves dont l'évolution spontanée mettait en jeu la vie du malade.

Ces deux groupes doivent donc être considérées comme foncièrement différents, et les résultats atteints dans chacun d'entre eux ne peuvent en aucun cas être comparés les uns aux autres.

Les résultats obtenus suivant le type d'intervention sont étudiés dans le tableau XXIX.

— Les complications post-opératoires sont fréquentes :

— précoces :

4 refistules

5 abcès de paroi

2 hémorragies

3 infections respiratoires

1 abcès sous-phrénique

1 iléus post-opératoire

4 entérites aiguës

— ou tardives :

1 persistance de suppuration rectale aboutissant à une amputation abdomino-périnéale secondaire.

5 éviscération réopérées avec des fortunes diverses

5 colostomies définitives

2 colostomies temporaires

— Au total 15 malades ont dû être réopérés : (Tableau XXII)

— 5 fois en urgence :

. 2 fois pour éviscération, avec 2 décès

. 2 fois pour hémorragie, l'une gastrique, l'autre par l'incision.

— 10 fois à froid :

. 4 fois pour éviscération, avec 2 succès et 2 échecs

. 3 fois pour refistule, avec 1 succès et 2 échecs

. 2 malades ont subi un rétablissement de continuité, avec 1 succès et 2 échecs.

. 1 malade a dû subir une amputation abdominopérinéale pour une suppuration persistante après guérison de sa fistule rectale.

III. Globalement :

— Pour 32 fistules du grêle et 18 fistules coliques observées chez 46 malades en tout, nous avons 14 décès, soit environ 30 %. Sur 32 fistules du grêle, ou à participation iléale, 16 ont été traitées médicalement avec 8 décès ; et 16 ont eu un traitement chirurgical complémentaire avec seulement 5 décès.

Sur 18 fistules coliques :

— 1 seule n'a pas été opérée car elle avait une tumeur inextirpable et le malade est mort.

— Les 17 autres ont été opérés, sans aucun décès.

— Ces chiffres peuvent soutenir la comparaison avec 4 statistiques

Tableau XXXV	FISTULES DU GRELE					FISTULES COLIQUES						
	Total	T t.	Méd.	Tt.	Chi.	Décès	Total	Tt.	Méd.	Tt.	Chi.	Décès
WEST	27	17			6		18	7				2
				10	1				11	0		
BOWLIN	15	8			3		24	16				3
				7	2				8	1		
CHAPMANN	23				12		19					7
MILLER	16	6			3		13					2
				10	2							
Nous-mêmes	32	16			8		18	1				1
				16	5					17	0	

d'Outre-Atlantique portant sur un nombre de malades analogue :

MILLER, de Boston (1968):

. 16 fistules du grêle et 13 fistules coliques avec 2 décès après traitement chirurgical et 3 après traitement médical, plus 2 décès après traitement chirurgical des fistules coliques.

BOWLIN (1962) :

. 15 fistules du grêle avec 3 décès sur 8 malades traités médicalement et 2 décès sur 7 malades traités chirurgicalement.

. 24 fistules coliques avec 3 décès sur 16 malades traités médicalement et 1 décès sur 8 malades traités chirurgicalement.

WEST (1961) :

. 23 fistules du grêle avec 4 décès sur 14 malades traités médicalement et aucun décès sur 9 cas traité chirurgicalement.

. 4 fistules multiples avec 2 décès sur 3 malades traités médicalement et 1 décès pour le cas traité chirurgicalement.

. 18 fistules coliques avec 2 décès pour 7 malades traités médicalement et aucun décès sur 11 cas traités chirurgicalement.

CHAPMAN et coll. (1964) :

. 23 fistules jéjuno-iléales avec 12 décès.

. 19 fistule coliques avec 7 décès.

Une des dernières statistiques américaines publiées et la plus importante à ce jour, celle de Bacon, portant sur 328 cas, n'admet une mortalité que de 3,9 % mais sa statistique est fort peu détaillée, il semble faire état en même temps des fistules internes et externes, des fistules congénitales et post-opératoires.

Quant aux statistiques françaises récentes, elles portent ou bien sur un trop petit nombre de cas ou sur un échantillonnage de malades très restreint. On doit néanmoins signaler les brillants résultats obtenus par Trémolières et colligés dans la thèse de Michaud (11 succès sur 12 fistules du grêle), ainsi que ceux rapportés récemment à l'Académie de Chirurgie par Chevrier (6 guérisons sur 7 fistules du grêle) et Perrotin (11 succès sur 12).

IV - Quelques notions de pronostic à partir des échecs enregistrés :

— Données étiologiques :

. 2 notions paradoxales :

— fistules de 1^{ère} main ou 2^e main

— date d'arrivée dans le service (Tableau XXXV)

Tableau XXXV

DATE D'ARRIVEE DANS LE SERVICE POUR LES MALADES DE 2e MAIN

□ Total
■ D C D

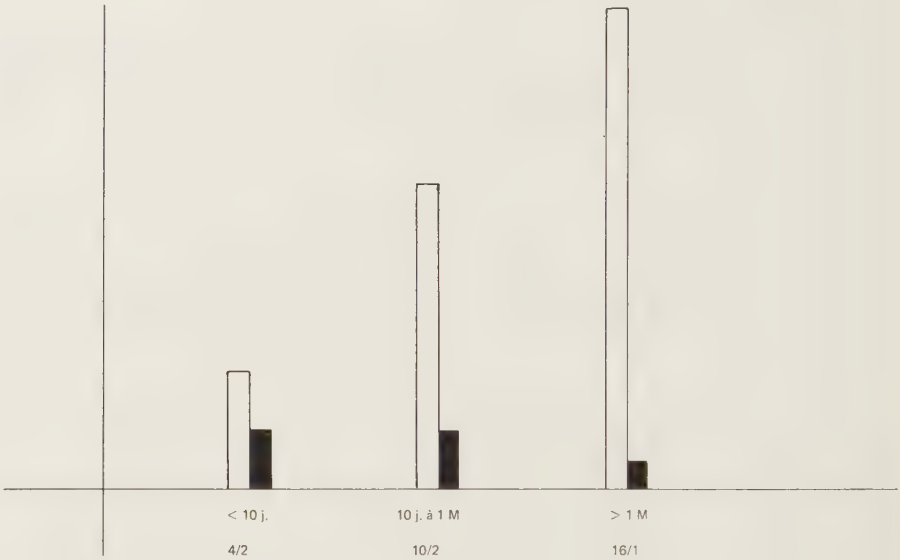


Tableau XXXVI

MORTALITE : FISTULES DU GRELE

□ TOTAL
■ D C D

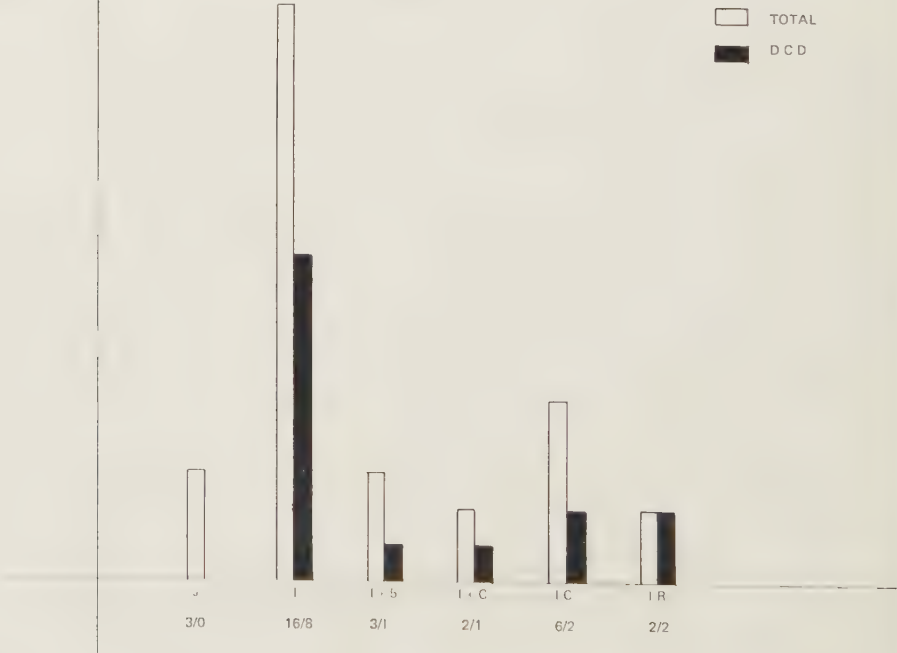


Tableau XXXVII

FISTULES COLIQUES MORTALITE

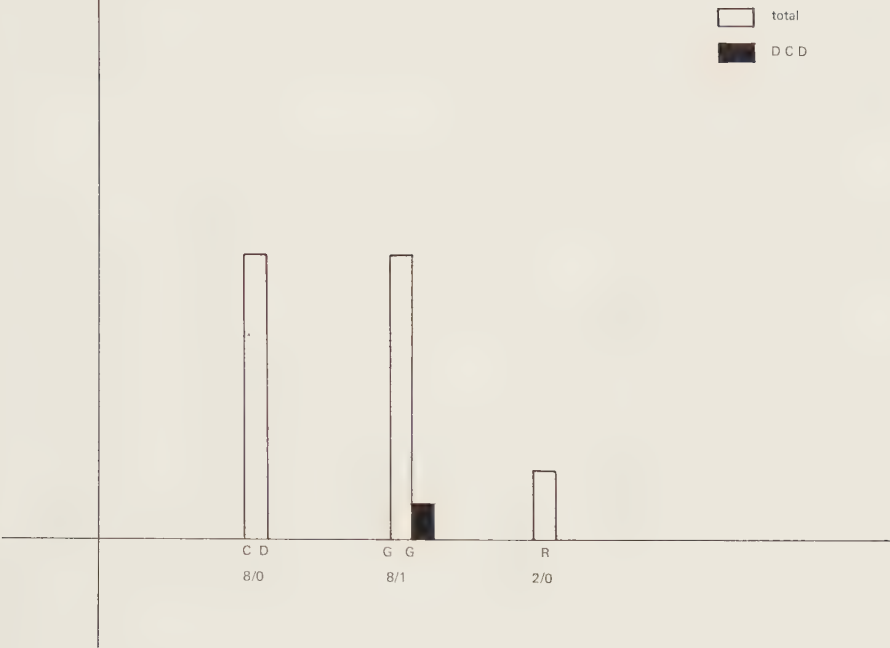
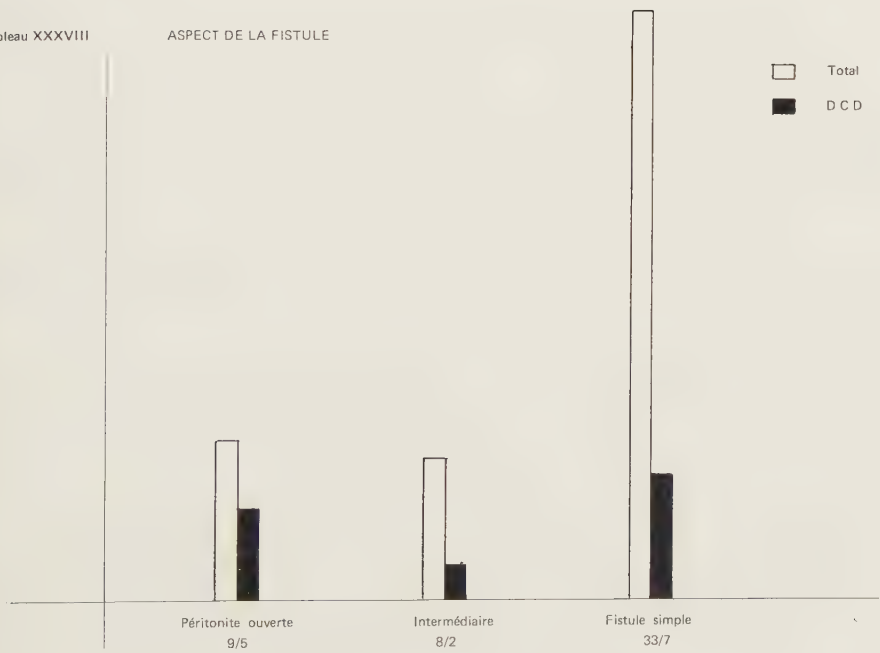


Tableau XXXVIII

ASPECT DE LA FISTULE



Il semble, si l'on en juge par les simples chiffres, que les résultats soient meilleurs chez les malades de 2^e main et ceux arrivés tardivement. En fait, les malades qui nous ont été adressés sont ceux qui ne sont pas morts immédiatement de leur fistule, et ce sont les moins atteints qui sont arrivés le plus tard.

. Le sexe ne nous retiendra pas — 6 hommes pour 8 femmes — non plus que le nombre d'interventions antérieures.

. L'âge semble au contraire un élément de pronostic péjoratif : sur 14 cas de décès, 10 malades avaient plus de 60 ans (Tableau II)

— Données Cliniques (Tableau XIII)

. Le siège, l'abondance et le type de la fistule ont également une grande valeur :

- sur 14 décès, 13 fistules étaient des fistules iléales, iléo-coliques ou iléorectales, deux fois associées à une fistule colique pure (Tableaux XXXVI et XXXVII)

- 3 fistules seulement sur 14 avaient un faible débit — encore ces 3 malades sont-ils morts de l'évolution de leur cancer et non de leur fistule.

- sur 17 malades qui présentaient à l'entrée un tableau plus ou moins franc de péritonite ouverte, 7 sont morts. (Tableau XXXVIII)

. Les fistules survenant après le 3^e mois post-opératoire semblent moins graves que les autres, en revanche il n'y a pas de différence significative entre les fistules survenues très précocement et les autres.

. Parmi les facteurs cliniques aggravants (Tableau XIII), il faut retenir, outre l'abondance déjà citée, la fièvre, l'arrêt du transit (4 décès sur 7 cas), l'éviscération (4 décès sur 7 cas et à un moindre degré, l'importance de l'amaigrissement.

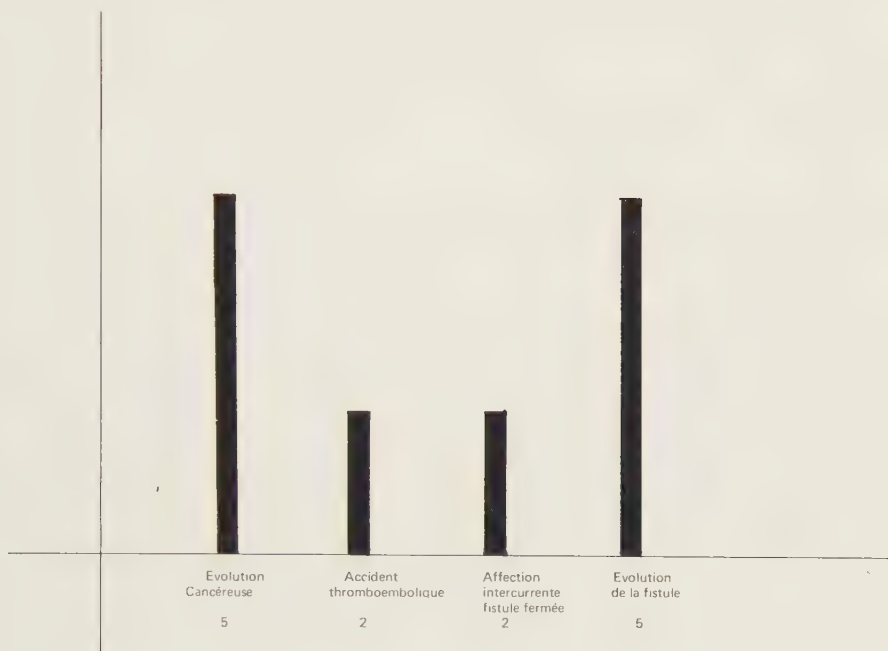
— Données biologiques (Tableaux XIV - XVIII et XIX)

Il semble que les chiffres initiaux aient moins de valeur que leur évolution sous traitement bien conduit :

- un taux de protides ou de cholestérol qui ne remonte pas ou au contraire s'abaisse encore
- des perturbations électrolytiques
- une urée sanguine qui grimpe

sont les éléments redoutables. En revanche, les examens bactériologiques n'ont pu mettre en cause tel ou tel germe particulier dans les fistules mortelles (Tableau XVI).

— Sur le plan thérapeutique, la durée du traitement préparatoire est un élément très important (Tableau XXXII)



- . 4 décès sur 7 malades opérés avant le 20^e jour
- . 1 seul décès sur 8 malades opérés entre le 20^e et le 90^e jour.
- . 1 décès sur 2 malades opérés après le 3^e mois d'évolution.

Les fistules ne doivent donc être opérées ni trop tôt, ni trop tard, et nous avons vu que toute la difficulté est de déterminer la date optimale de l'intervention.

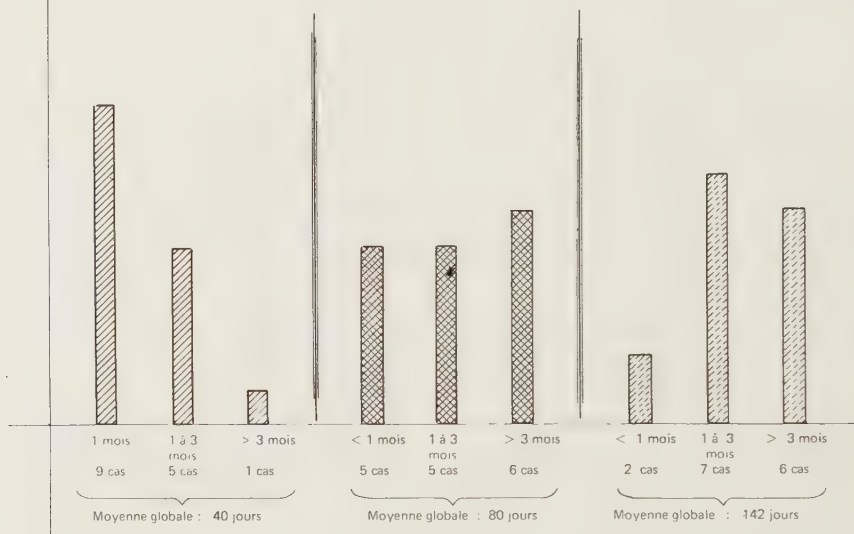
— Enfin la cause exacte de la mort a été : (Tableau XXXIX)

- . 6 fois l'évolution cachectisante d'un cancer inextirpable ou métastasé
- . 2 fois un accident thromboembolique, dont l'un est survenu le jour même de l'arrivée de la malade dans le service
- . 4 patients sont morts après traitement chirurgical :
 - 2 avaient été un échec, la fistule s'étant rouverte
 - 2 étaient apparemment des succès, la fistule s'était fermée.

Il s'agissait dans les 2 cas de lésions pulmonaires, hépatisation chez l'un, bronchoalvéolite suppurée chez l'autre.

Tableau XL

DUREE D'HOSPITALISATION
 Traitement chirurgical : 15 malades Traitement médical : 16 malades
 Traitement médico-chirurgical : 15 malades



. 2 malades enfin sont morts sans que l'on puisse tenter de les réopérer dans un tableau complexe où s'intriquaient l'infection grave et la cachexie.

La durée moyenne d'hospitalisation (Tableau XL).

I. Les fistules traitées chirurgicalement, c'est-à-dire les fistules coliques bénignes, sont restées dans l'ensemble peu de temps, puisque la moyenne se situe aux alentours de 40 jours.

II. Parmi les fistules graves c'est-à-dire la quasi-totalité des fistules du grêle et les rares fistules coliques abondantes, on peut distinguer deux groupes de malades selon le type de traitement :

Le traitement médical pur recouvre les décès précoces et les guérisons totales, qui, nous l'avons vu, surviennent habituellement dans les 45 premiers jours. La durée moyenne d'hospitalisation dans ce groupe est d'environ 80 jours.

Le dernier groupe représente les malades qui, après avoir été mis en condition par un traitement médical souvent fort long, ont été opérés une ou plusieurs fois. La durée d'hospitalisation est très allongée, presque doublée puisqu'elle se situe aux alentours de 140 jours, et que trois malades de ce groupe sont restées à l'hôpital pendant plus d'un an, en une ou plusieurs fois.

CONCLUSIONS

Notre travail a pour but de tirer la leçon de 50 cas de fistules entéro-cutanées post-opératoires observées de 1961 à 1969 dans le service du Professeur Jean LOYGUE.

Sur ce nombre, 70 % sont graves, 50 % reçus en deuxième main, 50 % répondent à des lésions inflammatoires (dont une maladie de Crohn sur trois), 60 % sont localisées sur le grêle, 80 % surviennent après deux ou plus de deux interventions. Une fois sur deux la réintervention a lieu à chaud ; pour occlusion ou péritonite.

Les facteurs favorisants majeurs sont la suture en milieu septique, l'iléus paralytique, le drainage par mèche, et l'obstacle sous-jacent. Il existe une opposition fondamentale entre la gravité des fistules précoces du grêle et la bénignité des fistules tardives du colon.

Parmi les signes avant-coureurs de la fistule, on retient surtout la fièvre oscillante sans cause apparente, le retard à la reprise du transit, l'hyper-leucocytose et l'absence de réponse clinique favorable à une thérapeutique bien conduite.

Une fois la fistule constituée, l'essentiel est d'en suivre objectivement, jour après jour, l'évolution sur l'apparence locale, l'écoulement, la tolérance alimentaire, le poids, les protides et le cholestérol sanguins, tout en guettant la survenue de complications infectieuses ou thrombo-emboliques.

Le maximum de difficultés se trouve dans l'appréciation de la durée du traitement médical : ce dernier vise deux objectifs essentiels :

- la neutralisation par irrigation lactique et aspiration du suc intestinal par l'excellente méthode de Monsieur TREMOLIERES. Nous proposons un dispositif inédit d'appareillage par potence et trompe en filaments textiles dénué de tout effet de ventouse.

- le rétablissement de l'état général par la voie veineuse et surtout orale ; le recours à l'alimentation automatique à faible débit continu par une machine originale et l'utilisation d'une sonde nasogastrique permettent d'atteindre rapidement le chiffre minimum de 3000 calories dont le sixième en protides.

L'équipe médico-chirurgicale se trouve ici aux prises avec l'une des plus délicates décisions thérapeutiques sachant :

1 - la gravité de ces fistules (31 % de mortalité globale sur lesquels 10 % de cancéreux au stade terminal)

2 - l'absence de fermeture d'une fistule après le 45^e jour de traitement médical bien conduit.

3 - l'incidence du sursis opératoire prolongé de bonne foi devant un mauvais état général dont l'aggravation irréversible conduira parfois 8 jours plus tard à l'abstention définitive.

4 - les risques d'ajouter, en prolongeant à l'excès la temporisation, les complications iatrogènes aux complications naturelles de la fistule.

Il importe de connaître à tout moment le sens de l'évolution pathologique, et de respecter d'impérieux délais pour faire le point. Ou le cours de la maladie tend vers une amélioration continue, et la poursuite du traitement médical s'impose. Ou l'évolution, entrecoupée de rémission trompeuse, se fait vers l'aggravation ; une confrontation réitérée des données cliniques et biologiques devra alors conduire à renoncer au mirage de la réanimation pour passer à l'acte chirurgical salvateur.

BIBLIOGRAPHIE

1. ABOUSSOUAN G.

Les fistules post-opératoires de l'intestin grêle. Réflexion à propos de 13 cas.
Thèse Strasbourg 1963.

2. BACON H.E., GENNARO A.R.

The diagnosis and management of intestinal fistulas.
Dis. Colon. Rectum. 1969, 12 : 7-12

3. BARYSHNIKOV AI

Treatment of external intestinal and fecal fistulas.
Vestn Khir. Grekov 100 : 134-8 Mars 1968

4. BOWLIN J.W, HARDY J.D, et CONN J.H.

External Alimentary Fistulae : Analysis of 79 cases
Am. J. Surg. Janv. 1962 103 n° 1 : 6-14

5. CAROLI J, MAURAT J.P, et FOUET P.

Problèmes thérapeutiques posés par les fistules digestives.
Presse Med. 25 Juil. 1959 67 n° 36 1443-1444

6. CASE T.C.

External post operative fecal fistula
Am. J. Surg. Janvier 1958 95 n° 1 : 51-63

7. CERILLI J.

Spontaneous enterocutaneous fistula.
Report of a case and review of the literature
Surgery : Juin 1965 57 n° 6 826-831

8. CHAPMAN R, FORAN R, et DUNPHRY J.E.

Management of intestinal Fistulae
Am. J. Surg. Août 1964 108 n° 2 157-164.

9. CHEVRIER J.L, et Coll (Rapport de GERMAIN)

Les fistules post-opératoires de l'intestin grêle
(à propos de 7 observations)
Mém. Acad. Chir. 1968 94 n° 4-5 160-167

10. CORONAT L.

Contribution à l'étude des fistules externes de l'intestin grêle post-opératoires.
Thèse Lyon 1968

11. CORTET P, et BARRY P.

A propos de 2 observations de fistules sigmoïdiennes cutanées non néoplasiques.
Lyon Méd. 4 déc. 1960 49 n° 120 1209-1215

12. CRUVEILHIER

Traité d'Anatomie Pathologique Générale.
Paris 1852

13. DELEGUE, LE GARREC et FRANC S.

A propos de 6 cas de fistules du grêle chez l'enfant.
Ann. Chir. Inf. Sept. 1967 8 n° 3 187-192

14. DUDRICH S.J. WILMORE D.W. VARS H.M. et RHOADS J.E.
Can intraveinuous feeding as the sole means of nutriton support growth in the child and restore weight loss in an adult : an affirmative answer.
Ann. of Surg. Juin 1969 **169** n° 6 974-984
15. EDMUNDS L.H. WILLIAMS G.M. et WELCH C.E.
A report upon external fistulae arising from the gastro intestinal tract.
Ann. Surg. 1960 **152** 445
16. ENKER W.E. et BLOCK G.E.
Operative treatment of Crohn's disease complicated by fistulae.
Arch. Surg. Avril 69 **98** n° 4 493-500
17. FIRME C.N. et PAINE J.R.
Un drain perfectionné avec réservoir pour le traitement des fistules gastro-intestinales.
Surgery. Mars 1960 **47** n° 3 436-439.
18. GARY Eg. WOLCOTT M.W. et MEYER W.M
A simplified method for treatment of the gastro intestinal fistula.
S.G.O. Janv. 62 **114** n° I 122-124
19. GOLDMAN W.
Post appendectomy fistula due to residual fecalith.
Amer. J. Roentgen Juin 1968 **103** 351-353
20. GUENIN P. et MICHAUD B.
Sept observations de fistules digestives externes traitées par l'acide lactique.
Ann. Chir. Août 1963 **17** n° 15-16 958-965
21. HARBISON S.P.
The principle of complete exclusion in fistulae of the small intestine.
Surgery 1950 **28** 385
22. HUYGHE J. et REUSENS G.
Fistules du dodenum, du jéjunum, de l'iléon, du colon et du rectum fermées après intervention chirurgicale. Symposium sur la pathologie intestinale.
2 Déc. 1967 in Acta Chir. Belg. 1968 suppl. 1 47-59
23. ISELIN M.
A propos des fistules digestives.
Mém. Acad. Chir. 1969 **95** n° 12-13 362-363
24. JORDAN G.L.
Gastro-intestinal cutaneous fistulae
Arch. Surg. Avril 1964 **88** n° 4 540-546
25. KEYES E.L.
Hastening operative exclusion for fistulae of exteriorized ileum or jejunum.
Arch. Surg. 1951 **53** 17
26. LALLEMAND DELALANDE C. (Mme)
A propos de 12 observations de fistules digestives externes chez l'enfant.
Thèse Paris 1968 n° 562
27. LARGE A.M.
Small bowel fistula.
Am. J. Surg. Mai 1968 **115** n° 5 740-741
28. LARIONOV F.I.
On a method of treating external intestinal fistulas and the choice of operation for closing them.
Khirurgiia (Moscou) Avril 1967 **43** 111-117

29. LORENZO G.A. GEAL J.M.
Management of external small bowel fistula.
Arch. Surg. Sept. 1969 **99** n° 3 394-396
30. MAGENDIE J.J., DOUTRE L.P., RAULIN Y. et VALLET G.
Fistule iléale guérie par la méthode de Trémolières à l'acide lactique
Bordeaux Chir. Avril 1968 n° 2 84-86
31. MALLET-GUY et Coll.
Perturbations humorales survenant après exclusion unilatérale subtotale de l'intestin grêle :
Effet des prescriptions hormonales.
Lyon Chirurgial. Janvier 1961 **57** n° I 83-90
32. MARSHALL S.F. et GERBER M.L.
Report on persistant fecal fistula.
Surg. Chir. N. America 1950 30 901
33. MICHAUD B.
Contribution à l'étude des fistules digestives externes post-opératoires : 12 observations d'un
service hospitalier parisien traitées par perfusion d'acide lactique entre 1960 et 1964.
Thèse Paris 1965 n° 256.
34. MICHAUD B. et GUENIN P.
11 observations d'irrigation des fistules du grêle.
Presse Méd. 14 sept. 1968 **76** n° 33 1637
35. MILLER H.I. DORN B.C.
Post-operative gastro intestinal fistulae.
Amer. J. Surg. Sept. 1968 **116** n° 3 382-386
36. MOHRING S.
Les fistules externes du gros intestin et du grêle.
ZBL Chirurg. 20 Avril 1963 **88** n° 16 617-626
37. NINI N.
Fistules intestinales.
Revue Méd. Moyen Orient Nov. Déc. 1962 **19** n° 6 690-691
38. PERL J.I.
Traitement par perfusions hydrostatiques des fistules intestinales hautes.
Journal of int. coll. of surg. Mai 1962 n° 5 413-421.
39. PERROTIN J. LAMBERT J et HEIN J.
Sur le traitement des fistules digestives externes post-opératoires.
Mém. Acad. Chir. 1969 **95** n° 12-13 356-361.
40. PEYROLE-GAUTRON
30 fistules digestives traitées par l'acide lactique.
Thèse Paris 1963 n° 318
41. RIBET M. GAUTIER C. et HASSOUN A.
Les perfusions locales d'acide lactique dans le traitement des fistules digestives externes.
Lille Chirurgial Sept-Oct. 1964 **19** n° 5 215-221
42. ROSDY E
Intestinal fistulas following Kidney operation.
Z. Urol. Mai 1968 **61** 309-311.
43. ROUX M. et ARSAC
Un complément utile du traitement des fistules post-opératoires : l'irrigation par l'acide
lactique
Mém. Acad. Chir. 1960 **86** n° 30 870-875.

44. SEGAR R.J. BACON H.E. et GENNARO A.R.
Surgical Management of enterocutaneous fistulas of the small intestine and colon.
Dis. Colon Rectum 1968 **11** n° 1 69-73
45. SCHEIBE
Fistules intestinales post-opératoires internes et externes.
Rapport au 11e congrès international de Gastroentérologie, Munich 1962.
Skarger Edition Bâle 1963 **2** 686-690
46. TREMOLIERES J. BONFILS S. et GROS J.
L'irrigation par l'acide lactique : Traitement des fistules cutanées digestives avec sécrétion
trypsique et autodigestion pariétale.
Arch. Mal. Ap. Dig. Juin 1961 **50** n° 6 636-645
47. TREMOLIERES J. BONFILS S. et PERNOD R.
Sur le traitement des fistules digestives externes
Diet. Nut. Juin 1962 n° 2 31-36
48. TREMOLIERES J. MICHAUD B. LAMBERT J. DELCROIX P. YVON J. et GUENIN P.
Traitement des fistules digestives externes par l'acide lactique.
Ann. de Chir. 1963 **17** n° 15-16 958-962
49. TREMOLIERES J.
Traitement médical des fistules digestives externes.
Revue du Prat. 21 fév. 1965 **15** n° 5 665-677
50. TREMOLIERES J. et PEQUIGNOT E.
Le traitement médical des fistules digestives externes.
Sem. Thérapeutique Avril 1968 **44** n° 4 250-252
51. WELCH C.E.
Intestinal Fistulas.
Am. Surg. 1964 n° 30 631
52. WELCH C.E. et EDMUNDS L.H.
Gastrointestinal fistulas.
Surg. Chir. N. Amer. Oct. 1962 **42** n° 5 1311-1320
53. WEST J.P. RING E.M. MILLER R.E. et BURES W.P.
Study of causes and management of external intestinal post-operative fistulas.
Surg. Gyn. Obst. Oct. 1961 **113** n° 4 490-496
54. WIGHTMAN J.A.K.
Rupture traumatique retardée du colon atteint de fistule colo cutanée.
Brit. Méd. J. Avril 1967 **2** n° 5544 93-94
55. WITTE Cl.
External Gastroenteric fistulas. Management based on intra luminal pressure and flow in the
digestive tract.
Amer. Surg. Avril 1968 **34** 283-287
56. ZEHNDER M.A.
On the conservative treatment and surgical preparation of upper intestinal fistulas.
Helv. Chir. Acta, Déc. 1966 **33** 528-535
57. Mém. Acad. Chir. 1964 **90**
 - n° 8-9 p. 271 GERMAIN
 - n° 13-14 p. 379 MONOD BROCA
 - n° 15-16 p. 436 CALVET
 - n° 19-20 p. 580 CAILLEUX
 - n° 21-23 p. 659 CHAMPEAU

sur " les réinterventions précoces en chirurgie abdominale ".

Vu : Le président de Thèse :
Professeur Jean LOYGUE

Vu : le Doyen de la Faculté :
Professeur Georges BROUET

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
Robert MALLET

